

Ética y salud pública

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Ética y salud pública

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Ética y salud pública. Nº 27 (2012)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-695-1442-9 Depósito Legal: B-2066-2012

Cuadernos
de la Fundació 27
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Introducción

Andreu Segura 7

Aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética

Ricard Meneu 10

Elementos para la elaboración de una casuística de aplicación de la bioética a la salud pública

Ildefonso Hernández 34

Elementos y criterios para el diseño de un programa de ética y salud pública (una agenda)

Andreu Segura 66

Resumen del encuentro

Joan Pons 76

Informe

Juan Gérvas 86

Relación de participantes 94

Títulos publicados 96

INTRODUCCIÓN

La atención que ha merecido la ética desde la salud pública ha sido menor que la que se le ha dedicado desde la medicina. Esta dedicación fue inicialmente motivada por el descubrimiento de las atrocidades que, con el propósito de la experimentación clínica, se llevaron a cabo en los campos de concentración nazis pero, posteriormente, se ha ido desarrollando en torno a la práctica asistencial y el respeto a los derechos del paciente, especialmente para garantizar su autonomía.

En cambio, la salud pública no se ha sentido atraída por las consideraciones éticas, a pesar de que la práctica sanitaria se enfrenta a dilemas éticos importantes, entre los cuales conviene destacar los potenciales conflictos entre los intereses particulares —de personas y de grupos— y también con los de la sociedad en su conjunto, lo que hace años denominábamos el bien común.

Este desinterés quizá se ha disimulado por el recurso habitual al utilitarismo cuando se trata de establecer las prioridades y de diseñar las intervenciones de la sanidad colectiva características de la salud pública, pero seguramente también se ha debido al peso de la tradición, puesto que el movimiento higienista del que nace la salud pública moderna bebe en las fuentes del despotismo ilustrado.

Sin embargo, desde hace unos años, se han empezado a producir iniciativas destinadas a recuperar el tiempo perdido y a fomentar el desarrollo de las aplicaciones específicas de la ética a los diversos ámbitos de la salud pública, como actividad sanitaria dirigida a la población y como orientación deontológica a la práctica profesional. Si bien es verdad que hasta ahora han sido bastante ajenas a los ámbitos académicos y profesionales de la salud pública en España, nos pueden servir de estímulo y documentación para recuperar nuestro retraso.

En cualquiera de sus aspectos, las actividades de la salud pública podrían beneficiarse de la aplicación de consideraciones éticas, sin olvidar que también es posible una utilización inadecuada que, por ejemplo, sirviera como coartada para conculcar los principios y valores que pretenden respetarse. De

ahí la oportunidad de la ponencia de Ricard Meneu, mediante la cual se enfrentan directamente estas cuestiones sobre el ámbito, el papel y los límites de esta nueva mirada por parte de quienes venimos del sector de la sanidad. Esta mirada se encuentra con la de los participantes provenientes del ámbito de la ética, la filosofía y el derecho, y requiere cierta confraternización para facilitar el entendimiento mutuo, además de, esperemos, el intercambio necesario. Esta cuestión la resalta el corolario del relator del encuentro, Joan Pons.

Como una aportación afortunada debe calificarse la de Ildefonso Hernández, encargado de presentar la segunda ponencia del encuentro. No en vano fue, hasta pocos meses antes, el responsable de Salud Pública en el Gobierno español. Su experiencia y sus reflexiones tienen un sesgo especialmente atractivo, puesto que nos permiten apreciar de manera muy próxima lo que puede proporcionar la aplicación de la ética a los planes y programas de salud pública que se están llevando a cabo, con el añadido de que él fue el autor de los primeros borradores de la ya vigente Ley General de Salud Pública 31/2011 de 4 de octubre, en la que se hace referencia explícita a los derechos y deberes de los ciudadanos y de la administración, de modo que el recurso a las valoraciones éticas como principio orientativo de las intervenciones salubristas será de particular conveniencia. Esto lo manifiesta el comentario del relator, al referirse al debate suscitado por la respuesta de las autoridades sanitarias frente a problemas de gran magnitud, como la reciente pandemia gripal.

Finalmente se esboza lo que pudiera resultar en un compromiso de continuidad de los participantes en el encuentro y de los que vayan incorporándose a la llamada en un futuro próximo. Como responsable de la última de las sesiones de trabajo, mi presentación inicial consistió en una invitación a las ideas, aportaciones y sugerencias de los presentes, además de proporcionar una breve introducción en forma de anexo con la pretensión de facilitar un lenguaje común sobre la salud pública, sus funciones y actividades. De nuevo, este apartado es objeto de una coda mediante la cual el relator del encuentro insiste en la necesidad de hacer un esfuerzo de sensibilización hacia los agentes implicados en la formación, acreditación y actividad profesional de la salud pública.

Andreu Segura
Coordinador del encuentro



Aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética

Ricard Meneu

*Vicepresidente de la Fundación del Instituto de
Investigación en Servicios de la Salud de Valencia*

Consideraciones previas

If, as I believe, the ends of men are many, and not all of them are in principle compatible with each other, then the possibility of conflict - and of tragedy - can never wholly be eliminated from human life, either personal or social.

Berlin, I. «Two Concepts of Liberty». En Berlin, I. *Four Essays on Liberty*. Oxford: Oxford University Press, 1969.

El propósito de estas páginas es contribuir a acotar ciertas especificidades de la salud pública relevantes en su consideración ética que, eventualmente, pueden recomendar la adopción de algunas divergencias respecto a los abordajes usuales en la corriente principal de la reflexión bioética.

Una primera constatación, útil para orientar adecuadamente estos esfuerzos, pasa por reconocer el notorio retraso apreciable en la consideración de las cuestiones éticas relacionadas con la Salud Pública (SP) y sus prácticas —tanto «de», «en» y «para» la SP— en relación con otros ámbitos de la salud (bioética) y de la intervención pública (*governance*).

Aun así, durante la última década hemos asistido a un *sprint* que pretende reparar tal retraso, traducido en una proliferación en la literatura internacional de publicaciones de análisis, reflexión y sistematización de estas cuestiones, así como la promulgación de documentos de intención normativa, propuestas de códigos y otras formas aplicadas. Lógicamente, en todos estos documentos subyacen juicios, valores, marcos conceptuales, preferencias y creencias de todo tipo —aunque con marcados sesgos hacia algunos de ellos— que, en ocasiones, los hacen ser parcialmente incompatibles.

En nuestro país, la actividad equiparable ha sido, adjetivándola piadosamente, escasa. No obstante, en una nueva manifestación idiosincrásica, en este encuentro nos planteábamos establecer «criterios para un programa de actividades en el ámbito de la formación». Como parece un poco prematuro establecer recorridos curriculares antes de esclarecer sus contenidos, en esta aportación se adopta una aproximación algo más cauta, sin intención obstruccionista, considerando que entre «la parálisis por el análisis» y la errónea

interpretación de la bienaventuranza cristiana de «enseñar lo que no se sabe» puede haber fructíferos espacios intermedios.

Para ello, el documento que sigue se limita básicamente a aportar distintas enunciaciones ajenas, dispares, pero de amplia circulación, que pueden contribuir a cartografiar las cuestiones asignadas a esta intervención: «Aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética». Intentando minimizar las interferencias de las inexcusables subjetividades del antólogo, lo que sigue se presenta como un mero centón, un corta y pega apenas manipulado de textos, índices y sentencias procedentes de algún centenar de lecturas pertinentes. Dada su dispar calidad intelectual, diversa relevancia y discrepantes enfoques, es preciso alertar sobre lo obvio: no debemos confundir el mapa con el territorio. Ni el primero es completo ni absolutamente preciso, ni el segundo puede ser capturado con la perfección del célebre relato borgiano *Del rigor en la ciencia*.

Debe manejarse como las indicaciones trazadas en un papel ocasional por los diversos clientes de un bar en una hora aún no muy ebria para informar al viajero casual sobre (parte de) la orografía del terreno. Algunas fuentes quedan más destacadas, se omitirán muchas pozas y baches y pasarán desapercibidos algunos trayectos penosos. Puede parecer un trabajo insuficiente, pero conviene considerarlo a la vista de su obvia alternativa, subirse a un autobús de «Public health ethics in a nutshell» y aguantar la perorata del cuestionablemente documentado guía turístico.

Dicho esto, conviene alertar sobre las ineludibles subjetividades del antólogo, más allá de las derivadas de cualquier selección, con sus presencias y omisiones. En la selección que sigue he puesto un especial énfasis en incorporar una preocupación particular, aquella por la que insisto en que, antes de tomar decisiones sobre actuaciones sanitarias —y la constitución o fijación de un corpus doctrinal a compartir forma parte de ellas—, debemos consultar a los interesados. También puede detectarse una preocupación especial por los conflictos con el principio de autonomía, entendida como la mía —y la de mis iguales— en tanto que ciudadano, no la que puedo disfrutar —con mis colegas— como agente sanitario en mi desempeño profesional. De ella se da cuenta en la consideración final.

Algunas visiones sobre salud pública y ética

Hace casi un cuarto de siglo, Peter Skrabanek, quien acuñó el término de *escepticismo*, deslizó en el *Journal of Medical Ethics* una sensata constatación:

Resulta paradójico que la experimentación médica sobre individuos, sean pacientes o voluntarios sanos, esté hoy en día controlada por estrictas guías éticas, mientras no existe tal protección para las poblaciones en su conjunto que resultan sometidas a intervenciones sanitarias en nombre de la medicina preventiva o la promoción de la salud. Dado que muchas de tales intervenciones, como los cribados masivos de cánceres o de factores de riesgo asociados a patologías coronarias, son de dudoso beneficio o de incierto equilibrio entre sus daños y beneficios, no existe justificación para mantener el vacío ético en el que se encuentra la medicina preventiva en la actualidad.

Skrabanek, P. «Why is preventive medicine exempted from ethical constraints?». *Journal of Medical Ethics*, 16, 1990, págs. 187-190.

Hace menos tiempo, en el inicio de la reciente preocupación por el análisis ético en salud pública, *The Lancet* ofrecía otra observación de gran calado:

Las decisiones en salud pública generalmente manejan principios éticos conflictivos y ambiguos. Ideas como *eficiencia*, *derechos humanos*, *respeto cultural*, *equidad* y *elección individual* suelen invocarse en los debates de salud pública, pero raramente se analizan.

Roberts, M. J. y Reich, M. R. «Ethical analysis in public health». *Lancet*, 359, 2002, págs. 1055-9.

Veamos otra media docena de afirmaciones recientes sobre la cuestión:

En la arena de la salud pública, parecería que ignorar las tensiones éticas entre lo comunitario y lo individual supondría *prima facie* una deficiente práctica profesional, pues las cuestiones de salud pública están constitutivamente interesadas por las relaciones entre los «bienes» público y privado.

Hester, D. M. «Professing public health: Practicing ethics and ethics as practice». En Boylan, M. (Ed.). *Public health policy and ethics*. Springer Science, 2005.

En la vasta empresa de la salud pública, las decisiones sobre cuestiones con implicaciones éticas se han venido adoptando de manera cotidiana sin refe-

rencias explícitas a los principios éticos y los conceptos de la disciplina formal de la bioética.

Kahn, J. y Mastroianni, A. «Public health and bioethics». En Steinbock, B. (Ed.). *The Oxford handbook of bioethics*. OUP, 2007.

La ética de la salud pública no está suficientemente desarrollada para guiar a los profesionales que practican la salud pública.

Roberts, M. J. y Reich, M. R. «Ethical analysis in public health». *Lancet*, 359, 2002, págs. 1055-9.

Se acepta que las recomendaciones utilizadas en el campo de la asistencia clínica (en la que predominan los principios éticos de autonomía y de no-maleficencia) no suelen ser adecuadas en el campo de la salud pública (donde predominan los principios de justicia y beneficencia).

Tormo Díaz, M. J. «Recensión de Coughlin, S. S., Soskolne, C. L., Goodman, K. W. Case studies in public health ethics». American Public Health Association, Washington, DC 1997. *Rev. Esp. Salud Pública*, vol. 73, nº 1, 1999.

Los «Principios de la Práctica Ética de la Salud Pública» de la American Public Health Association me sorprendieron por ser enormemente útiles y admirables. Por su calidad intelectual, compromiso y energía, los responsables de llenar ese importante hueco en la práctica de la salud pública merecen la gratitud y el reconocimiento de todos los implicados. Sin embargo, también me pasma la total ausencia de representación de público en la elaboración y revisión de este documento.

Lear, W. J. «Where's the public in public health ethics?». *Am. J. Public Health*, 93(7), 2003, pág. 1033.

Esta notoria ausencia del público en las reflexiones sobre la ética de la salud pública resulta más llamativa si se considera que toda su actuación se legitima en su nombre. Uno de los documentos más relevantes de estos últimos años, el publicado por el Nuffield Trust sobre «Salud pública: cuestiones éticas» circunscribe así el contexto del debate:

Las intervenciones de salud pública suscitan complejas preguntas sobre las relaciones entre el Estado y los individuos y las organizaciones que resultan afectados por sus políticas. Lo que también lleva a preguntarse por los deberes que tienen los individuos respecto a los otros. Un importante corpus de literatura en filosofía política está dedicado a examinar esos deberes y derechos

(...) La cuestión central en salud pública es la medida en que es aceptable el establecimiento de políticas por el Estado que influirán en la salud de la población.

«Public health: ethical issues». *Nuffield Council on Bioethics*, 2007.

Aspectos y cuestiones de la salud pública

La definición del marco ético adecuado para la consideración de la Salud Pública (SP) es una cuestión previa a dilucidar para cualquier diseño formativo. Las opciones básicas pasan por las posiciones que consideran de inmediata traslación el marco comúnmente adoptado por la bioética y las que reclaman un abordaje específico para estas cuestiones.

La especificidad es una posición defendida con diferentes argumentos, siendo un lugar común entre ellas afirmar que la relación entre el médico asistencial y el paciente es de naturaleza distinta a la que existe entre las acciones de SP y los individuos que conforman las poblaciones afectadas. De ahí se suele seguir que la bioética al uso no es de aplicación. Por ejemplo, según Upshur:

- El foco de la SP apunta a las poblaciones, comunidades y más amplias influencias sociales y de entorno sobre la salud.
- El foco de la SP apunta más a prevención que a tratamiento o cura.
- La práctica de la SP difiere en cuanto al contexto, obligación y panoplia de actividades llevadas a cabo, que incorporan un conjunto de consideraciones:
 - Los departamentos de SP son «Estado».
 - No hay una preocupación por el paciente individual análoga a la de la medicina.
 - Tampoco hay una analogía clara con el papel «fiduciario» jugado por los clínicos.

Simplificando: las poblaciones están constituidas por diversas comunidades con prácticas y creencias heterogéneas que ocasionalmente entran en conflicto. Los derechos individuales frente a los de la comunidad y los conflictos entre comunidades son el ámbito (*locus*) más verosímil de la reflexión ética en SP.

Por tanto, la ética de la SP debe reconocer y razonar sobre cuestiones relacionadas con:

- Contextos sociales, políticos y culturales.
- La existencia de valores y perspectivas en competencia.
- Quizás inconmensurables visiones del mundo.

Dadas esas consideraciones, queda claro que la aplicación directa en la práctica de la SP de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia resulta problemática.

Upshur, R. E. G. «Principles for the justification of public health intervention». *Canadian Journal of Public Health*, 93, 2, 2002, págs. 101-3.

Otras argumentaciones a favor de un abordaje específico intentan dar cuenta de los múltiples rasgos distintivos del análisis ético en la salud pública. Así, un (hiper)texto enciclopédico afirma:

No hay un modo estandarizado de organizar la ética de la práctica clínica, la salud pública y la ciencia biomédica. Cualquiera que sea el enfoque adoptado, la pregunta clave siempre es: ¿qué distingue la ética de la SP de la ética médica? La respuesta estriba en la naturaleza distintiva de la SP. La salud pública tiene cuatro características que representan la mayor parte del contenido de la ética de la salud pública:

1. Se trata de un bien público o colectivo.
2. Su promoción supone una atención particular a la prevención.
3. Su promoción a menudo requiere una acción gubernamental.
4. Implica una intrínseca orientación hacia los resultados.

Faden, R. y Shebaya, S. «Public Health Ethics». En Zalta, E. N. (Ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <http://plato.stanford.edu/archives/sum2010/entries/public-health-ethics>

Aunque es menos habitual pasar de ese abandono del marco bioético a un análisis en profundidad de las implicaciones que esto supone, resulta plausible que la preocupación producida por la imposición de obligaciones o restricciones al conjunto de ciudadanos aún sanos (utilizando la capacidad coercitiva del Estado) en nombre de potenciales mejoras agregadas requiera mayor justificación de la que se viene aportando.

Diferentes trabajos abordan algunas de las especificidades de la SP y sus implicaciones, aunque raramente desde una perspectiva integradora. Los

principales aspectos considerados se refieren a los problemas de un «dominio de aplicación» casi universal y una inconcreta definición de *salud* —a menudo teñida de un irresponsable *imperialismo* en su alcance y una preocupante equiparación con *bienestar*—, a lo que se une la polisemia de lo *público* (o de las «poblaciones»).

En lo que sigue pasaremos rápidamente por alto el ámbito de la SP (la dicotomía «estricta» o «clásica» vs. «amplia», encarnada por la «nueva SP») y rehuiremos el debate sobre la definición de *salud*. Esto es aún más osado, pues en buena parte de la literatura se asume que la salud es el *bien* que hay que maximizar, a despecho de cualquier otra utilidad o anhelo, equiparándolo a *bienestar* o asumiendo un deseo ciudadano de maximización estadístico-probabilística de estirpe discutiblemente utilitaria.

Como señala Rickles en un reciente y reputado manual de filosofía de la ciencia:

Lo que se considera incurso en el dominio de aplicabilidad de la salud pública resulta flexible hasta el punto de una casi universalidad inclusive: prácticamente todo puede ser contemplado como un problema de salud pública.

Rickles, D. «Public Health». En Gifford, F. (Ed.). *Handbook of the Philosophy of Science*. Vol. 16 (disponible en <http://philsci-archive.pitt.edu/5322/1/PubHealth%28Rickles%29.pdf>).

Definir y medir la «salud» no es fácil, como enfatizamos más adelante, pero además, «pública» es un concepto complejo con al menos tres dimensiones importantes para las discusiones éticas.

1. Público puede emplearse para significar el «público numérico», por ejemplo la población diana. (...) En su medición y análisis, este «público numérico» refleja la visión utilitaria según la cual cada individuo cuenta como uno y solamente uno (consideraciones de justicia).
2. Público es lo que hacemos colectivamente a través de los gobiernos y agencias públicas —podemos llamar a esto «políticas públicas». El empleo por el Estado para la salud pública de sus poderes policiales suscita importantes preguntas éticas, especialmente sobre la justificación y límites de la coerción gubernamental y sobre sus obligaciones de tratar a todos los ciudadanos por igual en el ejercicio de esos poderes. En una democracia liberal pluralista, la justificación de las políticas

coercitivas debe basarse en razones morales que el público, en cuyo nombre se llevan a cabo, estaría razonablemente dispuesto a aceptar.

3. Público, entendido como lo que hacemos colectivamente en un sentido amplio, (cuyo) análisis ético se extiende más allá de las políticas públicas.

Childress, J. F.; Faden, R. R.; Gaare, R. D.; Gostin, L. O.; Kahn, J.; Bonnie, R. J.; Kass, N. E.; Mastroianni, A. C.; Moreno, J. D. y Nieburg, P. «Public Health Ethics: Mapping the Terrain». *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 2002, págs. 169-177.

Así pues, el sentido que adopta el término *público* en los enunciados sobre salud pública resulta casi tan variado como el de su acompañante, la *salud*. Para una revisión de las diferentes perspectivas que se acogen a una misma denominación puede consultarse el interesante trabajo sobre «El sentido de “pública” en “salud pública”».

Verweij, M. y Dawson, A. «The meaning of “public” in “public Health”». En Dawson y Verweij (Eds.). *Ethics, prevention and public health*. OUP, 2007 (disponible en: <http://fds.oup.com/www.oup.co.uk/pdf/0-19-929069-5.pdf>).

Añádase a esto que:

Las acciones de salud pública de los gobiernos presentan al menos dos tipos de desafíos éticos y políticos:

- Un conjunto de estos se refiere al ámbito de la SP, por ejemplo, ¿tiene el gobierno un deber de SP para prevenir las enfermedades crónicas actuando sobre los comportamientos (estilos de vida sedentarios)?
- Otro tipo de cuestiones éticas implican los medios adecuados de las intervenciones de SP, por ejemplo, ¿debe el gobierno proscribir conductas arriesgadas como ir en bicicleta sin casco?, ¿cuándo está justificado que el Estado ponga en cuarentena a un paciente con tuberculosis incumplidor del tratamiento?

El uso del poder policial del Estado, particularmente en políticas paternalistas o coercitivas, plantea importantes preguntas éticas en una democracia liberal pluralista.

Childress, J. F. y Gaare Bernheim, R. *Public health ethics. Public justification and public trust*. Bundesgesundheitsbl, Gesundheitsforsch, Gesundheitsschutz, 51, 2008, págs. 158-163.

Aunque una extendida postura desdeña estas preocupaciones, minimizando la relevancia de la libertad y la autonomía como preocupaciones anglosajo-

nas ajenas a nuestro entorno, la cuestión dista de ser un entretenimiento escolástico, pues afecta al núcleo de las reglas de convivencia aceptadas.

Las cuestiones éticas que surgen en estos conflictos propios de la salud pública incluyen:

- El papel del gobierno para influir o coartar las conductas relacionadas con la salud.
- El empleo de incentivos (económicos o de otra naturaleza) para promover la salud.
- El equilibrio entre intervención pública y autonomía individual.
- La definición de un nivel de riesgo socialmente aceptable.
- La justa distribución de riesgos y beneficios entre la población.
- La necesidad de aportar respuestas definitivas o recomendaciones basándose en datos inciertos.
- Las intervenciones compulsivas (cribados, pruebas, vacunaciones, etc.) administradas de manera que incumplen los requisitos del consentimiento informado.
- El acceso equitativo a la asistencia sanitaria.
- La reducción de las disparidades en estados de salud.

Petrini, C.; Gainotti, S. y Requena, P. *Personalism for public health ethics*. Ann Ist Super Sanità, 46, 2, 2010, págs. 204-9.

Para sintetizar, los problemas éticos en salud pública se identifican cuando los derechos individuales y el interés público entran en conflicto.

Beauchamp, D. E. y Steinbock, B. «Population perspective». En Beauchamp, D. E. y Steinbock, B. (Eds.). *New ethics for the public's health*. Nueva York: Oxford University Press, 1999.

Una particular y específica consideración ética

Una vez expuestos los argumentos que sustentan que ciertos aspectos de la SP justifican el excepcionalismo, su exclusión del ámbito común de la bioética y antes de entrar —en el texto de Ildefonso Hernández— en una casuística de «cuestiones de la salud pública» intentaremos avanzar los grandes rasgos por los que puede transitar «una particular y específica consideración ética».

Vaya por delante que su clasificación básica puede circunscribirse a dos grandes tipos: la insistencia en que el principialismo de la bioética al uso es aplicable, con mayores o menores adaptaciones —lo que anula este epígrafe y justifica no extenderse en ello— y los intentos de adición, superación o sustitución de dicho marco.

Entre los textos seleccionados que puede parecer que avalan la opción por la especificidad, hay que señalar que se incluyen argumentaciones aportadas por notorios partidarios de la perspectiva principialista, presentadas antes de su pretendida supuesta refutación. Así, otras visiones de esta tensión afirman:

La ética en la salud pública, como el mismo campo de la salud pública al que se dirige, tradicionalmente se ha centrado más en la práctica y los casos particulares que en la teoría, con el resultado de que algunos conceptos, métodos y límites permanecen ampliamente indefinidos.

Childress, J. F.; Faden, R. R.; Gaare, R. D.; Gostin, L. O.; Kahn, J.; Bonnie, R. J.; Kass, N. E.; Mastroianni, A. C.; Moreno, J. D. y Nieburg, P. «Public Health Ethics: Mapping the Terrain». *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 2002, págs. 169-177.

En su núcleo, la salud pública introduce tensiones entre la autonomía de los individuos y la necesidad de considerar las perspectivas y necesidades de las comunidades y poblaciones (...) hay una tensión fundamental entre los enfoques utilitaristas que se encarnan en los valores colectivos de la salud pública y un enfoque basado en principios que apoya poderosamente la protección de los individuos.

Kahn, J. y Mastroianni, A. «Public health and bioethics». En Steinbock, B. (Ed.). *The Oxford handbook of bioethics*. OUP, 2007.

Una visión de la ética de la salud pública contempla los fundamentos morales de la salud pública como un mandato (*injunction*) para maximizar el bienestar, y en concreto la salud como componente del bienestar. Este punto de vista enmarca el principal reto moral de la salud pública como equilibrio entre las libertades individuales y el logro de buenos resultados en salud.

Una visión alternativa de la ética en salud pública caracteriza su problemática fundamental de manera diferente: lo que subyace en los fundamentos morales de la salud pública es la justicia social. Mientras equilibrar las libertades de los individuos con la promoción de los bienes sociales es un área de preocupación, esta se inserta en un compromiso más amplio de garantizar un nivel suficiente de salud para todos y reducir las desigualdades injustas.

Faden, R. y Shebaya, S. «Public Health Ethics». En Zalta, E. N. (Ed.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <http://plato.stanford.edu/archives/sum2010/entries/public-health-ethics>

La ética en salud pública ha surgido recientemente como una subdisciplina de la bioética dedicada a «las cuestiones éticas y las perspectivas que pueden considerarse distintivas para la salud pública... aparte de la perspectiva de la medicina clínica». La ética desemboca también en la política si consideramos que las políticas impuestas a menudo restringen las libertades de las personas de alguna manera u otra (por ejemplo, la obligatoriedad del cinturón de seguridad, la prohibición de fumar en lugares públicos, etc.). Por lo tanto, aunque relacionadas con los problemas encontrados en la medicina clínica, la salud pública se enfrenta a cuestiones que parecen ser *sui generis*.

Rickles, D. «Public Health». En Gifford, F. (Ed.). *Handbook of the Philosophy of Science*. Vol. 16 (disponible en <http://philsci-archive.pitt.edu/5322/1/PubHealth%28Rickles%29.pdf>).

Queda aún otro excursus imprescindible antes de optar a aplicar a la salud pública «una particular y específica consideración ética». Se trata de establecer el ámbito de aplicación en cada aportación o debate, sin confundir principios con prácticas, en un *totum revolutum* que no contribuye a la reflexión adecuada.

En palabras de Callahan: «Así como la salud pública es amplia en su ámbito, el rango de cuestiones éticas en este campo es desusadamente amplio, incorporando la ética *en* la salud pública así como la ética *de* la salud pública».

Callahan, D. y Jennings, B. «Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship». *Am. J. Public Health*, 92, 2002, págs. 169-176.

O como ha señalado Gostin: «Un problema para definir la esfera de la ética en la salud pública es el amplio ámbito de las actividades de la salud pública». Gostin distingue entre:

La ética *de* la salud pública: preocupada por las dimensiones éticas del profesionalismo y la confianza moral que la sociedad deposita en los profesionales para actuar para el bien común.

La ética *en* la salud pública: incorpora las dimensiones éticas de la empresa de la salud pública; la preocupación moral por la salud de la población; los equilibrios entre bienes colectivos e intereses individuales, así como las consideraciones de justicia.

La ética *para* la salud pública: valor de las comunidades saludables, intereses de la población, particularmente los más débiles y oprimidos; y métodos pragmáticos.

Gostin, L. O. «Public health, ethics, and human rights: A tribute to the late Jonathan Mann». *J. Law Med. Ethics* 29(2), 2001, págs. 121-130.

Aunque sin coincidir en su uso de las preposiciones, puede entenderse que el primer aspecto que requiere atención es el que etiqueta como la ética *en* los principios de la salud pública. La atención de estos principios se dirige a la pregunta sobre *cuándo está justificada la acción de salud pública*. Así, el locus de aplicación de estos principios se restringe a un dominio específico pero significativo. Los principios que articula no serían de aplicación, por ejemplo, a los cribados y programas de prevención, de promoción de salud o a la investigación en salud pública.

- Principio del daño (Mill).
- Restricción menor o Medios coercitivos (Siracusa).
- Principio de reciprocidad (Harris y Holm, 1995: 1215-17).
- Principio de transparencia (Habermas).

Métodos, modelos y marcos para el análisis ético en salud pública

Con este desbroce del terreno, ya podemos abordar la particular y específica consideración ética pretendida con menos adanismo del habitual, construyendo y trabajando sobre algunos de los marcos previamente propuestos por algunos de quienes nos han precedido en este empeño:

Para proporcionar un método para describir y analizar las principales ideas éticas invocadas en los debates de política de salud pública, nuestro enfoque ordena los argumentos éticos en tres categorías, representando cada una un tema primordial en el discurso de la salud pública contemporánea.

- Utilitarismo, que sostiene que estas decisiones deben ser juzgadas por sus consecuencias, concretamente por sus efectos en la suma total del bienestar individual.

- Liberalismo, que se centra en los derechos y oportunidades, de donde parten las personas, no donde llegan.
- Comunitarismo, que incorpora visiones de adecuado orden social y las virtudes que mantendrá una comunidad concreta.

Roberts, M. J. y Reich, M. R. «Ethical analysis in public health». *Lancet*, 359, 2002, págs. 1055-9.

O, con más amplitud, considerando los modelos enumerados por Petrini: utilitarismo, teorías deontológicas, éticas comunitarias, teorías igualitarias, liberalismo, teorías contractualistas, personalismo y casuística.

Petrini, C. «Theoretical models and operational frameworks in public health ethics». *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 7, 2010, págs. 189-202.

Ante los conflictos entre las consideraciones morales que «asumimos» instanciadas en los objetivos de la SP (producir beneficios, evitar daños, maximizar utilidad) y otros compromisos morales, Upshur propone cinco «condiciones justificatorias»: eficacia, proporcionalidad, necesidad, menor atropello (*least infringement*) y justificación pública:

Si la filosofía pública de las democracias liberales pluralistas establece presunciones a favor de la libertad, la privacidad, la confidencialidad, etc., en la selección de intervenciones de salud pública, entonces nuestro discurso moral sobre las políticas de salud pública, sus prácticas y sus decisiones particulares debe comenzar con esas presunciones.

Sin embargo, solo se trata de presunciones y estas pueden ser refutadas. Por lo tanto, también es importante identificar sus condiciones de refutación, lo que llamamos «condiciones justificatorias» que indican cuándo la presunción en cuestión puede ser justificadamente refutada.

Identificaremos cinco «condiciones justificatorias»:

1. eficacia
2. proporcionalidad
3. necesidad
4. menor atropello (*least infringement*)
5. justificación pública

Estas condiciones pretenden ayudar a determinar si la actuación de la salud pública en casos particulares respeta valores primordiales como la libertad individual y la justicia.

Upshur, R. E. G. «Principles for the justification of public health intervention». *Canadian Journal of Public Health*, 93, 2, 2002, págs. 101-3.

Recientemente Kass (2001) y otros (Childress *et al.*, 2002) han argumentado convincentemente que la ética de la salud pública merece su lugar dentro de la bioética: que la salud pública es diferente en su historia y su aplicación respecto a la orientación dominante hacia los derechos individuales que reflejan los enfoques bioéticos más establecidos, basados en la medicina y la investigación, en realidad.

Kahn, J. y Mastroianni, A. «Public health and bioethics». En Steinbock, B. (Ed.). *The Oxford handbook of bioethics*. OUP, 2007.

Una de estas autoras, Kass, propone:

Un marco que utiliza seis criterios para evaluar la ética de las políticas y programas de salud pública:

1. El objetivo de la medida de salud pública debe tener realmente el potencial de mejorar la salud del público.
2. La medida de salud pública debe ser eficaz en el logro de sus objetivos.
3. Las cargas de la medida de salud pública deben ser reconocidas.
4. Las cargas deben minimizarse o considerar medidas alternativas.
5. Las medidas de salud pública deben ser implementadas de modo justo.
6. Las cargas y beneficios deben estar equilibrados.

Esto no es un código de ética profesional, que probablemente apuntaría a normas generales y expectativas de las conductas profesionales, y que sería verosímilmente producto de una sociedad profesional. Más bien se trata de una herramienta analítica, diseñada para ayudar a los profesionales de la salud pública a considerar las implicaciones éticas de las intervenciones propuestas, las políticas promovidas, las iniciativas investigadoras y los programas.

Kass, N. E. «An ethics framework for public health». *Am. J. Public Health*, 91, 2001, págs. 1776-82.

Para facilitar la diferenciación apuntada respecto a un «código profesional», en el anexo 1 se presenta un documento de esa especie, los «Principles of the Ethical Practice of Public Health» de la Public Health Leadership Society.

Unos criterios similares a los de Kass han sido encuadrados por Childress, identificando lo que llama «consideraciones morales generales en la ética de

los esfuerzos de salud pública». Se hace así eco del énfasis de Kass sobre las consideraciones de justicia, pero destacando la tensión entre el respeto por los derechos individuales y el bien colectivo.

A veces, en casos particulares, una sociedad no puede cumplir simultáneamente sus compromisos con la salud pública y con algunas otras consideraciones morales generales, tales como la libertad, la privacidad y la confidencialidad.

Una cuestión importante empírica, conceptual y normativa de la ética de la salud pública es la relación entre la protección y promoción de la salud de los individuos y la protección y la promoción de la salud pública. Pero asumamos que la razón principal de algunas restricciones a las libertades de las personas es prevenir el daño a aquellos cuyas acciones son sustancialmente voluntarias y no afectan negativamente a los demás.

La intervención coercitiva en nombre de paternalismo fuerte sería un insulto y una falta de respeto a las personas, ya que dejaría sin efecto sus acciones voluntarias en beneficio propio, incluso aunque sus acciones no perjudiquen a otros. Estas intervenciones son muy difíciles de justificar en una democracia liberal y pluralista.

Childress, J. F.; Faden, R. R.; Gaare, R. D.; Gostin, L. O.; Kahn, J.; Bonnie, R. J.; Kass, N. E.; Mastroianni, A. C.; Moreno, J. D. y Nieburg, P. «Public Health Ethics: Mapping the Terrain». *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 2002, págs. 170-8.

En un marco conceptual para pensar y resolver los conflictos a través de este tipo, las consideraciones morales generales relevantes incluyen:

- Producir beneficios.
- Evitar, prevenir y eliminar los daños.
- Lograr el máximo equilibrio de beneficios sobre daños y otros costes (o utilidades).
- Distribuir con justicia los beneficios y las cargas (justicia distributiva) y asegurar la participación pública, incluyendo la participación de las partes afectadas (justicia procedimental).
- Respetar las decisiones autónomas y acciones, incluyendo la libertad de acción.
- Proteger la privacidad y la confidencialidad.
- Cumplir las promesas y compromisos.
- Divulgar la información, así como hablar con honestidad y sinceridad (a menudo agrupados como transparencia).

- Crear y mantener la confianza.

Este proceso debe ser transparente para generar y mantener la confianza del público.

Childress, J. F.; Faden, R. R.; Gaare, R. D.; Gostin, L. O.; Kahn, J.; Bonnie, R. J.; Kass, N. E.; Mastroianni, A. C.; Moreno, J. D. y Nieburg, P. «Public Health Ethics: Mapping the Terrain». *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 2002, págs. 170-8.

Por supuesto, caben otras muchas clasificaciones y modelos. Häyry las resume en tres grandes categorías: liberalismo del bienestar, comunitarismo tradicional y libertarianismo radical, que se recogen en la figura adjunta.

Palabras que definen tres principales enfoques ético-políticos a todas las actuaciones públicas

Liberalismo del bienestar	Comunitarismo tradicional	Libertarianismo radical
autonomía	integridad	libertad
no-maleficencia	vulnerabilidad	evitación del daño
beneficencia	bienestar	felicidad general
justicia	solidaridad	no violación de los derechos
eficiencia	subsidiariedad	no intervención
privacidad	modestia	esfera individual
consentimiento	legitimidad	voluntariedad
confidencialidad	datos compartidos	control sobre sí mismo
seguridad	precaución	prevención daño/ control riesgos
interés público	democracia social	intereses de los otros
transparencia administrativa	competencia	no injerencia
confianza	confidencialidad	escepticismo
propiedad	ciudadanía	contrato y compensación
apertura	honestidad	derecho a la ignorancia
igualdad	respeto ganado	derechos

Häyry, M. «Public health and human values». *J. Med. Ethics*, 32, 2006, págs. 519-521.

Recapitulación, con una consideración final

Recapitulación

A pesar del notorio retraso experimentado en la consideración de las cuestiones éticas relacionadas con la salud pública (SP) y sus prácticas, durante la última década ha habido una eclosión de reflexiones al respecto, promulgación de documentos de intención normativa, propuestas de códigos y otras formas aplicadas.

Aunque la actividad equiparable en nuestro país ha sido menos que escasa, la producción foránea nos permite atajar esta distancia. Como la realidad es tozuda, pero nosotros lo somos más, entiendo que la dificultad de la tarea impuesta no impedirá llevar a cabo el programa planteado. Como su objetivo final era acotar los rasgos básicos de una «deseable» formación en estas materias, seguramente el proceso puede acelerarse convocando grupos transversales de discusión que, apoyándose en materiales como los presentados, puedan establecer unos acuerdos de mínimos sobre el enfoque preferible.

Y una consideración final

La «biopolitique» j'entendais par là la manière dont on a essayé, depuis le XVIIIe siècle, de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, longévité, races.... (...) Dans un système soucieux du respect des sujets de droit et de la liberté d'initiative des individus, comment le phénomène «population» avec ses effets et ses problèmes spécifiques peut-il être pris en compte? Au nom de quoi et selon quelles règles peut-on le gérer? Le débat qui a eu lieu en Angleterre au milieu du XIXe siècle, concernant la législation sur la santé publique peut servir d'exemple.

Foucault, M. «Naissance de la biopolitique. Résumé du cours». *Annuaire du Collège de France*, 1979. Reproducido en *Dits et Ecrits*.

Un documento sobre la cuestión que nos convoca (Coleman, C. H.; Bouësseau, M. C.; Reis, A. y Capronc, A. M. «How should ethics be incorporated into public health policy and practice?». *Bull World Health Organ*, 85(7),

julio de 2007, pág. 504) apela en su introducción a los orígenes de la «consideración ética en salud pública» señalando: «Though originating with the professions, ethical duties are of concern to society in general, and their violation —as by the doctors who conducted experiments in the Nazi prison camps— can constitute human rights as well as ethical violations».

Efectivamente, la vulgata de la bioética —con el canónico relato genealógico del Código de Núremberg (1948), la Declaración de Helsinki (1964), el Informe Belmont (1979), etc.— nos retrotrae sistemáticamente a los fantasmas de los campos de concentración. Pero como el tigre que devoraba a Borges, «nosotros somos los campos». Quiero decir, sin excesivo ánimo de *boutade*, que la creación de «campos» —de cierta forma rudimentaria de campos— está en el origen de la salud pública. Los asistentes al encuentro que origina esta publicación solo tenían que mirar a su alrededor. Estábamos reunidos en un lazareto, un espacio que llamamos adecuadamente de aislamiento, pero que distintas biopolíticas denominarían «de exclusión». En mi aportación sobre ética y salud pública he evitado deambular entre prisiones y manicomios de Foucault, ni por «lo que queda de Auschwitz» de la mano de Agamben, pero convendrá recordar el sentido de *homo sacer*, especialmente en su segunda parte, referida al estado de excepción.

Nunca ha dejado de sorprenderme la preocupación por las conductas criminales —contrarias a cualquier (bio)ética— en los campos, cuando el verdadero problema reside en el ser de los campos. Cuando existen, lo que se practica en ellos ya no puede suscitar el célebre grito de *El corazón de las tinieblas* de Conrad: «¡Ah, el horror! ¡El horror! Está en su ser constituir el lugar en que, dentro del espacio jurídico de un Estado y al mismo tiempo fuera de él, la vida es tratada como materia sin forma humana.

Obviamente, no era el caso de los lazaretos, pero es un precedente claro de un espacio de reclusión y suspensión de la humanidad de los asilados, en nombre de la salvaguarda del resto de la humanidad, o al menos de la parte habitante en los alrededores. En nuestro campo, la vida aún es tratada con forma humana, pero relajando sus predicados, por el bien de la mayoría. Vidas con derechos, preferencias y utilidades «suspendidas» en nombre del

bien social. Es la otra cara de la moneda que acuñamos con los relatos emancipadores que aporta la tradición más reivindicable de la salud pública.¹

Disculpen el tenebroso excurso, pero decir que la relación médico-enfermo no es idéntica a la que existe entre la salud pública y los individuos afectados por sus decisiones parece que es quedarse corto. La imposición de obligaciones o restricciones (utilizando la capacidad coercitiva del Estado) en nombre de abstractas mejoras agregadas requiere más justificación de la que venimos aportando. Ya se ha señalado que, en nuestro caso, a los problemas de un dominio de aplicación casi universal y una inconcreta definición de *salud* —a menudo teñida de un irresponsable imperialismo y una ignorante equiparación con *bienestar*— se añade la polisemia de lo *público* (o de «las poblaciones»).

Sirva esta consideración para dejar constancia de la conveniencia de un enfoque más específico en el análisis de problemas éticos que, con más proclividad que en otros ámbitos, fácilmente se abisman hacia los límites.

ANEXO 1

Principles of the Ethical Practice of Public Health

Versión 2.2 © 2002 Public Health Leadership Society

1. La salud pública debe abordar principalmente las causas fundamentales de la enfermedad y los requisitos para la salud, con el objetivo de evitar los resultados adversos de salud.
2. La salud pública debe alcanzar la salud de la comunidad en una manera que respete los derechos de los individuos en la comunidad.
3. Las políticas de salud pública, programas y prioridades deben ser desarrollados y evaluados a través de procesos que garanticen una oportunidad para la entrada de miembros de la comunidad.
4. La salud pública debe abogar y trabajar por el fortalecimiento de los miembros desfavorecidos de la comunidad, con el objetivo de garantizar que los recursos básicos y las condiciones necesarias para la salud sean accesibles a todos.
5. La salud pública debe buscar la información necesaria para poner en práctica políticas y programas eficaces que protejan y promuevan la salud.
6. Las instituciones públicas de salud deben proporcionar a las comunidades la información necesaria para tomar decisiones sobre las políticas o programas, y debe obtener el consentimiento de la comunidad para su aplicación.
7. Las instituciones de salud pública deben actuar de manera oportuna basándose en la información que tienen en el marco de los recursos y el mandato que les ha sido dado por el público.
8. Los programas de salud pública y las políticas deberían incorporar una variedad de enfoques que anticipan y respetan los diversos valores, creencias y culturas en la comunidad.
9. Los programas de salud pública y las políticas deben ser implementados de la manera que mejore más el entorno físico y social.

10. Las instituciones de salud pública deben proteger la confidencialidad de la información que pueden causar daños a un individuo o una comunidad si se hace pública. Las excepciones deben justificarse basándose en la alta probabilidad de un daño significativo para el individuo o para otros.
11. Las instituciones de salud pública deben garantizar la competencia profesional de sus empleados.
12. Las instituciones de salud pública y sus empleados deben participar en las colaboraciones y afiliaciones de forma que establezcan la confianza del público y la eficacia de la institución.

1. Public health should address principally the fundamental causes of disease and requirements for health, aiming to prevent adverse health outcomes.
2. Public health should achieve community health in a way that respects the rights of individuals in the community.
3. Public health policies, programs, and priorities should be developed and evaluated through processes that ensure an opportunity for input from community members.
4. Public health should advocate and work for the empowerment of disenfranchised community members, aiming to ensure that the basic resources and conditions necessary for health are accessible to all.
5. Public health should seek the information needed to implement effective policies and programs that protect and promote health.
6. Public health institutions should provide communities with the information they have that is needed for decisions on policies or programs and should obtain the community's consent for their implementation.
7. Public health institutions should act in a timely manner on the information they have within the resources and the mandate given to them by the public.
8. Public health programs and policies should incorporate a variety of approaches that anticipate and respect diverse values, beliefs, and cultures in the community.
9. Public health programs and policies should be implemented in a manner that most enhances the physical and social environment.
10. Public health institutions should protect the confidentiality of information that can bring harm to an individual or community if made public. Exceptions must be justified on the basis of the high likelihood of significant harm to the individual or others.
11. Public health institutions should ensure the professional competence of their employees.
12. Public health institutions and their employees should engage in collaborations and affiliations in ways that build the public's trust and the institution's effectiveness.

Notas bibliográficas

1. No deja de sorprender que el Código de Núremberg, instado por los procesos en esa localidad a los médicos de los campos, afirme en su primer punto de las «Directives for Human Experimentation»: «The voluntary consent of the human subject is absolutely essential. This means that the person involved should have legal capacity to give consent». No parece tener mucha relación con la situación de los sujetos de aquellos experimentos concretos, no por falta de consentimiento, sino por abolición de cualquier sentido de esa noción en el espacio concentracional.

Elementos para la elaboración de una casuística de aplicación de la bioética a la salud pública

Ildefonso Hernández

*Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad Miguel Hernández*

Introducción

Al examinar las posibles aplicaciones de la ética a la salud pública, cabe delimitar el campo de acción de la salud pública actual y cuáles son sus contenidos, cuál es la visión sobre las causas de los problemas de salud y sobre las soluciones óptimas, quiénes son los actores implicados y qué acciones son propias de las instituciones y de los profesionales de salud pública.

Diversos documentos nos pueden ayudar a perfilar el alcance de la salud pública actual. Sin duda, el trabajo del Institute of Medicine¹ sobre el futuro de la salud pública se convirtió en una referencia para los salubristas. En él se definió la misión de la salud pública como «satisfacer el interés de la sociedad garantizando las condiciones en las que las personas pueden ser saludables». Basándose en este trabajo, el Public Health Functions Steering Committee (PHFSC) definió los diez servicios esenciales de salud pública para su desarrollo en Estados Unidos que han influido en las propuestas surgidas en Europa.^{2,3} Estos servicios esenciales se muestran en el anexo 1, junto con las actuaciones que hoy día desarrolla el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en este ámbito.

En Europa, los documentos elaborados por los países que han ejercido sucesivas presidencias europeas ilustran las diversas visiones de salud pública en nuestro entorno.^{4,5,6,7,8} Paulatinamente, se ha ido reconociendo la necesidad de considerar los efectos que tiene en la salud de la población el conjunto de políticas de los gobiernos, y la necesidad de establecer mecanismos de acción intersectorial efectiva (salud en todas las políticas). También se reconoce el efecto que la desigualdad y la falta de cohesión social tiene en la salud de la población. En 2010, la presidencia española impulsó el compromiso de la Unión Europea con la reducción de las desigualdades sociales en salud y con una visión de la salud pública basada en los condicionantes sociales de la salud. A grandes rasgos, podemos decir que hay una visión de salud pública más cercana a conferir la responsabilidad de la salud a los propios individuos y que está basada en una epidemiología de factores de riesgo que asocia conductas y factores individuales a la enfermedad. Según esta visión, la respuesta de la sociedad para mejorar la salud se basaría en acciones dirigidas a los

individuos para que modifiquen sus conductas, a fin de que sean más saludables. Otra visión tiende a atribuir la situación de la salud a un conjunto de condicionantes que abarcan desde las propias políticas a nivel macro hasta las conductas individuales mencionadas. En este caso, la respuesta de la sociedad debería dirigirse preferentemente al conjunto de determinantes de la salud, desde los estructurales (contexto político, socioeconómico, desigualdad, etc.) hasta los individuales, concediendo prioridad a las políticas que favorecen un entorno saludable. Ambas visiones no son excluyentes y, dependiendo del problema concreto, el lugar y el tiempo, se enfatiza uno u otro enfoque, si bien hay inercias e intereses que priman las actuaciones de carácter individual. Vale la pena mencionar aquí que la efectividad de las acciones estrictamente dirigidas al individuo está cuestionada científicamente cuando se implantan sin acompañarse de modificaciones del medio. Es más, los marcos éticos de salud pública disponible enfatizan la necesidad de que las actuaciones de salud pública creen las condiciones que posibiliten la vida saludable.

Consideradas sintéticamente las distintas visiones, y a fin de concretar el campo de actuación para describir casos de salud pública en los que la aplicación de los principios éticos puede ser útil, cabe recordar que la reciente Ley General de Salud Pública⁹ modifica en su disposición final segunda la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, disponiendo las prestaciones de salud pública a desarrollar en España. Se reconocen las siguientes actuaciones:

- La información y la vigilancia en salud pública y los sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante emergencias en salud pública.
- La defensa de los fines y objetivos de la salud pública, que son la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a obtener compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y respaldo para unos objetivos o programas de salud determinados.
- La promoción de la salud a través de programas intersectoriales y transversales.
- La prevención de las enfermedades, discapacidades y lesiones.

- La protección de la salud, evitando los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas.
- La protección y promoción de la sanidad ambiental.
- La protección y promoción de la seguridad alimentaria.
- La protección y promoción de la salud laboral.
- La evaluación del impacto en la salud.
- La vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de bienes y del tránsito internacional de viajeros.
- La prevención y detección precoz de las enfermedades raras, así como el apoyo a las personas que las presentan y a sus familias.

Con esta disposición, el marco legal en España reconoce que la salud pública se extiende más allá de las actuaciones más arraigadas de vigilancia, protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad al incluir la defensa de los fines y objetivos de la salud pública así como la evaluación del impacto en salud. Estas actuaciones ya se recogían entre las competencias de los profesionales de salud pública enunciadas por el grupo de expertos auspiciado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, y la Sociedad Española de Epidemiología.¹⁰ Asimismo, la mencionada ley exige en su artículo 3 que todas las actuaciones de salud pública se implanten según unos principios generales (cuadro 1), entre los que destacan los de seguridad, evaluación, equidad y salud en todas las políticas.

Así pues, el nuevo marco legislativo amplía el abanico de actuaciones de salud pública y dispone unos principios generales de acción en salud pública que se acercan a los criterios éticos enunciados en los marcos de ética de salud pública. Hay que resaltar además que, tal como están enunciados los principios generales, se asume por el Estado una amplia visión de la salud pública en el sentido de que debe acometer la reducción de las desigualdades sociales e influir en el conjunto de las políticas públicas.

Cuadro 1

Principios generales de la salud pública en la Ley General de Salud Pública

CAPÍTULO II

Principios generales de la salud pública

Artículo 3. De los principios generales de acción en salud pública

Las Administraciones públicas y los sujetos privados, en sus actuaciones de salud pública y acciones sobre la salud colectiva, estarán sujetos a los siguientes principios:

1. **Principio de equidad.** Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto. Se considerará la equidad en todos los informes públicos que tengan un impacto significativo en la salud de la población. Igualmente, las actuaciones en materia de salud pública incorporarán la perspectiva de género y prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad.
2. **Principio de salud en todas las políticas.** Las actuaciones de salud pública tendrán en cuenta las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, promoviendo las que favorezcan los entornos saludables y disuadiendo, en su caso, de aquellas que supongan riesgos para la salud.
Asimismo, las políticas públicas que incidan sobre la salud valorarán esta circunstancia conciliando sus objetivos con la protección y mejora de la salud.
3. **Principio de pertinencia.** Las actuaciones de salud pública atenderán a la magnitud de los problemas de salud que pretenden corregir, justificando su necesidad de acuerdo con los criterios de proporcionalidad, eficiencia y sostenibilidad.
4. **Principio de precaución.** La existencia de indicios fundados de una posible afectación grave de la salud de la población, aun cuando hubiera incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo, determinará la cesación, prohibición o limitación de la actividad sobre la que concurran.
5. **Principio de evaluación.** Las actuaciones de salud pública deben evaluarse en su funcionamiento y resultados, con una periodicidad acorde al carácter de la acción implantada.
6. **Principio de transparencia.** Las actuaciones de salud pública deberán ser transparentes. La información sobre las mismas deberá ser clara, sencilla y comprensible para el conjunto de los ciudadanos.
7. **Principio de integralidad.** Las actuaciones de salud pública deberán organizarse y desarrollarse dentro de la concepción integral del sistema sanitario.
8. **Principio de seguridad.** Las actuaciones en materia de salud pública se llevarán a cabo previa constatación de su seguridad en términos de salud.

En la identificación y relación de los diversos casos particulares en los que se puede prever la aplicación de la ética a la salud pública, puede optarse por:

1. Distinguir las diversas perspectivas éticas (ética de los profesionales de la salud pública; ética en la teoría y práctica de la salud pública; ética en abogacía por la salud pública).
2. Relacionar los casos según los tipos de intervenciones o servicios de salud pública y sus principios básicos de actuación.
3. Relacionar los casos según quién realiza la intervención (gobierno, otras instituciones públicas, instituciones privadas, organizaciones comunitarias, sociedades científicas, etc.).

Cada opción tiene ventajas e inconvenientes y son complementarias para el objetivo de la exhaustividad en la casuística. Según la experiencia en los diversos casos, se opta por seguir la opción 2 complementándolo con la 3, es decir identificando los actores implicados en cada caso.

Sobre los tipos de actuaciones en las que se encuadran los casos a describir incluyo, al menos, las siguientes:

- El buen gobierno en salud pública.
- Normativas relacionadas con la salud pública y las libertades individuales.
- Vigilancia en salud pública y sistemas de información.
- Comunicación en salud pública.
- Educación sanitaria.
- Intervenciones de prevención: inmunización, cribado y tratamiento.
- Emergencias de salud pública.
- Investigación de salud pública.

Respecto a los actores implicados se considerarán los siguientes:

- Administraciones públicas sanitarias y no sanitarias relacionadas con la salud pública y centros adscritos.
- Grupos comunitarios, de pacientes o relacionados.
- Universidades.
- Agencias de evaluación de políticas, intervenciones y tecnologías.
- Asociaciones profesionales y científicas.

- Entidades de acreditación y relacionadas.
- Entidades privadas con interés en la salud o cuyo funcionamiento afecte a la salud pública.
- Revistas científicas de salud y relacionadas.
- Agencias y entidades de investigación.

Para facilitar la descripción de casos en los que se considera la aplicación de la ética, se ha recurrido a algunos de los marcos o recomendaciones disponibles en ética de salud pública, en concreto los principios de ética práctica de salud pública de la Public Health Leadership Society,¹¹ el marco propuesto por el Nuffield Council on Bioethics¹² y los criterios de Kass.¹³

Elaboración de una casuística de aplicación de la bioética a la salud pública

Se describen a continuación una serie de casos partiendo de los elementos expuestos, es decir, el alcance y tipos de actuación de la salud pública; la visión actual de este campo; los principios de actuación comúnmente aceptados y normativamente dispuestos; los diversos agentes implicados; y, los marcos y criterios descritos para la aplicación de la ética a la salud pública. Mediante esta descripción se pretende explorar si el conjunto de elementos es adecuado para la elaboración de una casuística. Los casos descritos se basan en situaciones reales en las que surgieron dudas al tomar decisiones pero se sintetizan y exponen de forma genérica para favorecer el análisis y extensión a situaciones similares. La descripción sigue el orden en el que se han mencionado los tipos de actuación.

Aplicación de la ética en el buen gobierno en salud pública

Los asuntos de buen gobierno son comunes a todos los departamentos de gobierno, pues las cuestiones de independencia y transparencia, los conflic-

tos de interés y la rendición de cuentas son transversales al conjunto de la acción de gobierno. Sin embargo, es posible que se presenten situaciones singulares en el ámbito de la salud que requieran una atención particular,¹⁴ pues cuando aquí hablamos de buen gobierno queremos extenderlo al conjunto de actores que participan en la gobernanza de la salud pública, entendida como un desarrollo social e institucional duradero, que, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía, tiende a maximizar la salud de la población. Entre algunas de las situaciones de salud pública que plantean dudas o conflictos se pueden citar: el establecimiento de la agenda pública en temas de salud de la población; las alianzas entre la administración pública y diversos actores con fines de salud pública; y, el establecimiento de recomendaciones de salud pública por las autoridades sanitarias o por otros actores.

El proceso por el que se configura la agenda de política pública en cuestiones de salud es un asunto trascendente, ya que influye en el debate social y determina las prioridades de actuación. Por ejemplo, cuando aparece una nueva tecnología como puede ser la vacuna antineumocócica o nuevas pruebas científicas sobre la efectividad de la detección precoz de cáncer de pulmón, diversos actores se posicionan para que esta tecnología entre en la agenda política y forzar así su inclusión en las prestaciones públicas gratuitas. Para ello, usan diversas estrategias de influencia en la población a través de los medios de comunicación, directamente a los profesionales sanitarios o cooptando a los responsables públicos y representantes parlamentarios con su asistencia a actos más o menos científicos que incrementan la difusión de las bondades de la nueva tecnología. Esta situación no se considera claramente por los marcos éticos propuestos para la salud pública, ya que tienden a circunscribirse al análisis de actuaciones o programas concretos. A mi juicio, la participación o no de las autoridades sanitarias en actos relacionados con la nueva tecnología debe ser motivo de un análisis cuidadoso, pues el establecimiento de las prioridades de actuación y la agenda política de salud es un asunto de primer orden en el que influye la presencia o no de autoridades sanitarias en actos de diversos tipos. La presencia de las autoridades sanitarias en ciertos actos puede distraer su tiempo de otros problemas de salud prioritarios y los expone con frecuencia a una parte de los agentes interesados en el gobierno de la

salud, precisamente los que tienen más poder e influencia. Por otro lado, si los agentes participantes en estos actos no tienen políticas decididas y publicitadas sobre prevención de los conflictos de interés o tienen intereses en otros ámbitos contrarios a los fines de la salud pública, se puede comprometer la confianza de la población en sus autoridades de salud. La agenda de los responsables sanitarios y de los parlamentarios debería asegurar una equitativa participación comunitaria. Este equilibrio no se consigue pasivamente, pues la norma es que una parte de la sociedad civil organizada en *lobbies* tiene mayor acceso a los núcleos de poder político y más capacidad de influir o presionar. Para favorecer la participación de la comunidad tal como recoge una de las recomendaciones de la Public Health Leadership Society o para prestar especial atención a la salud de los grupos vulnerables como se propone por el Nuffield Council on Bioethics, los responsables sanitarios deben establecer mecanismos activos de participación y prestar atención meticulosa a la agenda personal y a la de su departamento, cuyo establecimiento podría beneficiarse de la aplicación de principios éticos.

En esta misma línea, cabe escrutar las alianzas que establecen las autoridades sanitarias con diversos sectores para mejorar la salud de la población. En la última legislatura se ha dado el caso de que una empresa ofreció gratuitamente al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, parte relevante de espacio en uno de sus productos —hasta un tercio de la superficie visible— para incluir mensajes preventivos de la gripe con motivo de la pandemia de 2009. En las conversaciones, se apreció que la única contraprestación demandada, al final innegociable, era que el logotipo del Ministerio figurase junto al mensaje preventivo. Algunos productos de esta empresa —al igual que productos parecidos de otras— se han relacionado en la literatura científica con las causas del sobrepeso y la obesidad y también ha sido señalada por intentos de captura corporativa, por patrocinar sociedades médicas y por usar resquicios en la autorregulación para publicitar sus productos en horario infantil.^{15, 16, 17} Por otra parte se ha descrito que participa en iniciativas loables de salud a zonas desfavorecidas.¹⁸ La cuestión a resolver es la siguiente: ¿debe el Ministerio de Sanidad aliarse con una empresa para una acción preventiva cediendo su logotipo cuando algunas de las acciones y productos de esta empresa podrían considerarse contrarios a los fines de la salud pública? En ese caso, la

opción elegida fue no establecer la colaboración pretendida, pues se estimó que la cesión del logotipo daría indirectamente marchamo de saludable a unos productos que no está demostrado que lo sean, más bien al contrario. Por otra parte, se consideró que esta acción comprometería el futuro de las alianzas del Ministerio con empresas similares y podría socavar la confianza en la autoridad sanitaria. Sin embargo, recientemente, el Ministerio, aunque con otra ministra, ha firmado un acuerdo público con las asociaciones de bebidas alcohólicas,¹⁹ cuando el marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS —publicado en castellano por el propio Ministerio— lo desaconseja:²⁰ «Además de los actores clave y de los agentes implicados en la salud pública, la industria de bebidas y las empresas y organizaciones asociadas deben jugar un papel primordial a la hora de garantizar que la producción, la distribución, la promoción y la venta de bebidas alcohólicas cumplan los estándares más altos de ética empresarial. Las políticas de salud pública sobre el alcohol deben ser formuladas desde los intereses de salud pública, sin interferencias de los intereses comerciales. La participación de la industria de bebidas y de las empresas y las organizaciones del sector implicadas en la educación de los jóvenes o en actividades destinadas a los jóvenes es cuestionada, puesto que su apoyo, directo o indirecto, puede ser considerado como un intento de obtener credibilidad ante un público joven». Además, el Ministerio ha firmado el acuerdo cuando se ha constatado que la propia industria está incumpliendo reiteradamente el primer objetivo del acuerdo firmado —«Evitar toda comunicación, información, publicidad o promoción comercial que relacione el consumo de bebidas alcohólicas con el éxito social o sexual, con la mejora del rendimiento físico o que induzca al consumo de alcohol por parte de los menores de edad, u ofrezca una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad. También se evitará toda publicidad o información que subraye como cualidad positiva de una bebida su alto contenido alcohólico»— al relacionar las bebidas alcohólicas con el éxito deportivo. Para dirimir este asunto, quizás el único criterio útil en las tres propuestas de aplicación de la ética a la salud pública antes mencionadas sería la recomendación de la Public Health Leadership Society sobre la necesidad de que las instituciones de salud pública deben entablar colaboraciones para acrecentar la confianza pública y la efectividad de las institucio-

nes. Sin duda, la confianza en las autoridades sanitarias es indispensable para el buen gobierno de la salud pública y no debe hacerse nada que la empañe. El problema sobre con quién y cómo establecer alianzas es cada vez más difícil. La empresa citada se ha implicado en iniciativas apoyadas por Naciones Unidas y muchas grandes corporaciones realizan acciones en colaboración con instituciones internacionales para conseguir los objetivos del milenio. Hay un proceso progresivo por el que las instituciones de gobierno internacionales, entre ellas la Organización Mundial de la Salud, sustituyen la financiación pública procedente de los países por la procedente de grandes corporaciones. Este hecho tiende a comprometer la agenda de actuación de estas instituciones, condiciona el establecimiento de prioridades, modifica la visión sobre cómo conseguir mejor salud y bienestar e influye en las políticas nacionales sancionando lo que puede o no puede ser aceptable. No disponemos de un marco procedimental para examinar el equilibrio entre beneficios y riesgos de las alianzas y, por ello, la ética de la salud pública debería ocuparse de esta cuestión analizando en detalle casos similares.

La elaboración de recomendaciones sobre la salud pública y la identificación de voces autorizadas en materia de salud de la población afectan a la confianza pública en las autoridades sanitarias y, en general, en el sistema de salud. En este terreno son muchos los agentes que participan y es corriente que las autoridades sanitarias soliciten la ayuda de expertos y sociedades científicas para establecer recomendaciones preventivas o de promoción de la salud. El conflicto suele surgir en aquellas intervenciones preventivas que incorporan una tecnología sobre la que hay intereses económicos. Hasta la publicación de la Ley General de Salud Pública, no había disposiciones explícitas en materia sanitaria que dispusieran la necesidad de abordar los conflictos de interés de los diversos agentes implicados en la salud pública. Hasta la fecha, podía ocurrir —y de hecho ha ocurrido— que personas con conflictos de intereses obvios se integraran en los grupos de expertos que han establecido recomendaciones sobre la implantación de una vacuna o un fármaco preventivo. Es cada vez más difícil encontrar ámbitos sanitarios ajenos a la intervención de las empresas, que abarcan todo tipo de actividades, desde las formativas a las científicas. Los conflictos de interés en el ámbito médico han sido tratados con detalle;²¹ interesa aquí destacar asuntos adicionales en salud pública a

los que cabe prestar atención y, en concreto, al establecimiento de la agenda sobre qué tecnología o intervención debe evaluarse y sobre qué actuación hay que establecer recomendaciones.

Las presiones ya relatadas condicionan que los dispositivos sanitarios y numerosos grupos de expertos dediquen mucho tiempo y esfuerzo a fijar, por ejemplo, recomendaciones sobre una vacuna o un cribado de enfermedad con ganancias marginales para la salud de la población, mientras se obvian recomendaciones sobre la implantación de múltiples intervenciones preventivas o de promoción de salud, como puede ser la prevención de lesiones en ancianos y niños cuya tecnología no es materia de negocio pero cuya implantación puede tener más beneficios para la salud de la población. Este desequilibrio se produce pese al carácter público de la mayoría de las instituciones y expertos que realizan las evaluaciones y se da la paradoja de que se financian públicamente las necesidades y prioridades impuestas por las entidades privadas. Un avance imprescindible en este campo lo deben dar las sociedades científicas dotándose de mecanismos que garanticen la independencia e imparcialidad de sus recomendaciones. Los pasos dados por la Sociedad Española de Epidemiología y la publicación de un documento en esta línea de independencia y transparencia por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria²² pueden servir como ejemplo.

Otros actores, desde las agencias de investigación a las universidades, como proveedores de expertos, o las agencias de evaluación, podrían participar de este proceso de mejora de la transparencia e independencia. Queda camino por recorrer, pues incluso agencias que han dado pasos en transparencia e independencia y con reglamentos al respecto, como las agencias europeas relacionadas con la salud, han tenido problemas en este terreno. Por ejemplo, el Parlamento Europeo ha criticado la gestión de la Agencia Europea del Medicamento durante 2009 con un informe aprobado por unanimidad diciendo que es «inaceptable que la agencia no aplique las normas pertinentes a la resolución de conflictos de interés de un modo eficaz, lo que da lugar a que no exista garantía alguna de que sean expertos independientes quienes efectúan la evaluación de medicamentos». Asimismo, considera «inaceptable» que la agencia no establezca «principios y orientaciones en materia de

independencia y confidencialidad que se apliquen al Consejo de Administración y a los miembros de los comités, a los expertos y al personal de la agencia».

Normativas relacionadas con la salud pública y las libertades individuales

La protección de la salud, estrategia fundamental de la salud pública, se basa en la formulación de normas y en la garantía de su cumplimiento mediante diversos sistemas de control. La legislación es, por tanto, uno de los puntales de la salud pública y terreno de frecuentes conflictos por tener que dirimir entre el bien colectivo y las libertades individuales. La vida en sociedad condiciona que nuestras opciones están limitadas por la consideración sobre cómo afectarán a otros. La idea de interdependencia es por tanto central a la orientación poblacional o comunitaria y, por ende, a la salud pública. Sin embargo, ni la interdependencia puede ser un pretexto para promulgar normas abusivas, excesivamente intervencionistas, ni la libertad individual puede ser coartada para la inacción cuando es necesario el uso del poder del Estado para proteger la salud de la población. En la búsqueda de un equilibrio ecuánime, la ética puede aportar soluciones.

En la elaboración de normas legales de salud pública surgen cuestiones susceptibles de análisis ético en distintos planos que pueden tenerse en cuenta al ordenar la casuística. La propia decisión sobre si promulgar o no determinada norma legal puede ser objeto de examen porque el hecho de adoptar o no la iniciativa es un asunto de debate en el que uno de los bienes en juego es la salud de la población. El proceso de participación e influencia en la tramitación de normas sanitarias también puede aportar casos para el análisis desde un ángulo singular. El contenido de las normas, desde las de carácter sanitario que afectan a derechos fundamentales de la persona (aislamiento, cuarentena, etc.), hasta las que sin ser de carácter sanitario tienen fines de salud pública (tráfico), suele ser el origen de los debates más frecuentes en torno a esta actuación de salud pública.

Comenzando por el escrutinio de la acción o inacción legislativa, pueden relacionarse diversos casos y analizar si fue necesaria determinada norma y su alcance o si es recomendable promulgar una norma sobre alguna materia de salud pública. Es el caso de la reciente ley de prevención del tabaquismo pasivo. Una vez decidida la redacción, cabía delimitar el alcance, es decir, si además de librar los espacios públicos de exposición al humo del tabaco, cabía añadir alguna acción no relacionada directamente con el objeto principal de la ley, como garantizar el derecho de los trabajadores de hostelería a un entorno laboral saludable y de los menores a no estar expuestos involuntariamente al tabaco. Otras medidas adicionales que se barajaban, alguna incluida en la norma, son la prohibición de fumar en el entorno escolar y de los centros sanitarios, la posibilidad de prohibir fumar en el interior de vehículos privados cuando viajan menores o la prohibición de fumar en parques infantiles. La decisión de incluir cada una de estas opciones debía obligar al equilibrio mencionado. En estos casos, tanto el marco de Nuffield²³ como el propuesto por Kass²⁴ son útiles, pues recogen criterios tales como: que la regulación procure entornos saludables, que se minimicen las intervenciones percibidas demasiado entrometidas o molestas o que se preste especial atención a los niños y a otros grupos vulnerables.

Excepto en circunstancias obvias, la inacción normativa pocas veces ha sido objeto de atención. Por ejemplo, no disponemos de una regulación sanitaria del uso de pesticidas en entornos residenciales, es decir en ciudades, jardines, centros escolares, etc. La exposición ambiental está en el origen de una tercera parte de los cánceres y, por ello, parecería oportuno limitar cualquier exposición arriesgada. Igualmente, España no dispone de una normativa completa sobre la prevención de riesgos físicos en las piscinas, siendo el problema de las lesiones asociadas a su uso de cierta relevancia, aunque en este caso cabe señalar que estaba en trámite un Real Decreto sobre criterios técnico sanitarios de la calidad del agua, del aire y de la seguridad de las piscinas que tiene por objeto proteger la salud de los usuarios de piscinas de posibles riesgos físicos, químicos o microbiológicos derivados del uso de estas instalaciones. Estos ejemplos, y la decisión de promover la ley de prevención del tabaquismo, subrayan que, habiendo riesgos conocidos para la salud pública que son teóricamente evitables mediante legislación, se produce una toma de decisión

sobre la acción o inacción normativa que no está exenta de conflictos y que puede contener cuestiones abordables desde la ética de salud pública.

En este proceso de toma de decisiones —cuya existencia y desenlace suelen quedar ocultos—, participan numerosos actores. La responsabilidad principal corresponde a la administración pública, en la que existen tensiones internas sobre la oportunidad de actuar. Por una parte está la presión de todo Gobierno a legislar para demostrar que actúa, pero por otro está la fuerza de atracción que tiene la pasividad. La administración pública, aun conociendo un problema, puede no actuar porque el asunto no está en el debate público, pues así se reduce la oportunidad de exposición a la crítica, lo que no sucede cuando se opta por la inacción. Esta inacción normativa suele estar alentada por entidades privadas con intereses contrarios a la salud de la población y con una gran capacidad organizativa y de influencia que les permite intervenir directamente o mediante terceros adoptando en ocasiones apariencia de sociedad civil organizada. Por otra parte está el activismo que puedan hacer sectores favorables a la salud pública, tales como las sociedades científicas. Están menos organizadas y tienen menos capacidad de influencia, tienen imaginación y capacidad crítica tendiendo mucho al diagnóstico y menos a la enumeración de propuestas. De hecho, es insólito que las sociedades científicas dispongan de un listado de actuaciones imprescindibles para mejorar la salud de la población y menos aún que entre ellas se enumeren propuestas normativas concretas que debieran promulgarse.

En la tramitación de normas sanitarias, la cuestión estriba en el grado de democracia efectiva en los procesos de participación pública. Se trata de examinar las decisiones sobre quién y cómo participa formalmente en los trámites de audiencia y quién participa informalmente, así como el grado de transparencia en el proceso de modificación de una norma, desde el anteproyecto original o primer borrador hasta su versión definitiva. No se trata de una cuestión específica de la salud pública, pero puede haber casos de especial singularidad, pues uno de los valores en juego es la salud del conjunto de la población, y en el proceso de trámite suelen estar más representados intereses particulares y menos los de la población. La situación es la siguiente: cuando se tramitan normas relacionadas con la protección de la salud (segu-

ridad alimentaria, calidad de las aguas de consumo o de baño, productos químicos, etc.) se produce una tensión entre intereses particulares o corporativos tendentes a una menor regulación y, por tanto, que buscan un menor grado de protección (por ejemplo, menos requisitos para el control del uso de sustancias químicas, menor magnitud de las sanciones, etiquetado menos explícito de los alimentos, etc.) y la defensa de la salud de la población. Esta tensión tiene un claro desequilibrio en contra de la salud pública, pues aunque se facilita la participación de la sociedad civil organizada, los intereses de las corporaciones han permeado y promovido muchas de las plataformas y asociaciones de interesados que se convierten en sus portavoces. Fuera de los procesos formales de modificación de una norma, los actores interesados actúan en todos los niveles, de manera que diversos sectores del Gobierno influidos por algunos actores pueden proponer modificaciones que, en ocasiones, se producen en fases finales cuando ya no hay capacidad de reacción (en normas cuyo rango hace innecesaria la aprobación del Parlamento), cuando el grado de transparencia y rendición de cuentas está diluido y cuando lo que determina el desenlace es la jerarquía del poder o la sagacidad de algunos actores experimentados. En normas que aprueba el parlamento, cabe recordar que los parlamentarios también están expuestos a una influencia desequilibrada en favor de los intereses ajenos a la salud pública dado el profesionalismo de los agentes de *lobby*. Resumiendo, es preciso examinar si las decisiones sobre la participación de la población en actuaciones de normativas de salud pública que les atañen alcanzan el grado de justicia democrática requerido. La ética de salud pública incluye este criterio, y su aplicación previa exige que la administración pública arregle los procesos de participación con minuciosidad, que revise la cantidad y calidad de los organismos y entidades involucrados habitualmente en ese proceso y que estudie su nivel de representatividad.

Respecto al contenido de las normas, y a fin de elaborar una casuística, puede ser adecuado ordenarlas según su grado de intervención en la esfera individual. En primer lugar, las que afectan a los derechos fundamentales para preservar la salud pública, que son las que requieren un mayor análisis ético. En este ámbito se incluyen las leyes de medidas especiales de salud pública que permiten, por ejemplo, aislar a un individuo que padece una enfermedad

trasmisible que supone un riesgo comunitario. Son casos parecidos a los que se dan en ámbitos clínicos y para los que la bioética está bien equipada a la hora de resolver dilemas. También lo está para analizar normas que imponen obligaciones a los profesionales sanitarios. Durante la tramitación de la Ley General de Salud Pública, diversos agentes plantearon la posibilidad de establecer alguna obligación a los profesionales sanitarios con el objeto de conseguir unas tasas de vacunación más altas, dada la dificultad de incrementarlas por otros medios. En algún borrador se incluyó un artículo que disponía la vacunación obligatoria o, alternativamente, la información a los pacientes del estado inmunitario de los profesionales que les atienden. Finalmente se desecharon ambas posibilidades por no haber sido un asunto suficientemente debatido. Independientemente de que se aborde esta cuestión por norma legal o no, el análisis desde la perspectiva ética podría ser valioso.

A continuación cabe considerar otras normas que afectan a las conductas individuales o fuerzan a adoptar modificaciones innovadoras en el espacio privado sin afectar a los derechos fundamentales. Dicha ley sobre la prevención del tabaquismo y su alcance —espacios privados o espacios públicos al aire libre donde el valor que hay que preservar no es directamente la salud de otros sino, indirectamente, la salud pública mediante la acción pedagógica— son un claro ejemplo de este tipo de normas. Una norma que obligase a incorporar en las viviendas determinados dispositivos de prevención de lesiones infantiles o de ancianos, es innovadora y puede suscitar conflictos. Cabe resaltar aquí que, en protección de la salud, cuando las actuaciones normativas innovadoras se establecen paulatinamente y se integran en ámbitos ajenos a la salud, por ejemplo códigos de edificación, normativas de seguridad, de consumo, ambientales, etc. se asumen con menor rechazo que cuando exigen acciones directas por parte de los ciudadanos. Es decir, si los dispositivos de prevención de lesiones antes citados se integran poco a poco en las normas y estándares de fabricación (alfombras, suelos, muebles, etc.) son más aceptables para la población y suscitan menos debates sobre la intromisión en las libertades individuales. De igual forma en la normativa alimentaria, resulta más aceptable para la población (no para la industria) la regulación de los contenidos de los alimentos que no la limitación de venta en ciertos lugares. Esto nos muestra cauces alternativos de acción para la

salud pública cuando se explora el papel de la normativa en la protección de la salud.

La relación de casos de normativa en salud pública se completa con el examen de las normas que establecen estándares de salud y seguridad sin inmiscuirse en la esfera individual aunque sí con los intereses particulares. Son las normas de alimentación relacionadas con el etiquetado y seguridad, las relacionadas con la calidad y salubridad de las aguas, las de protección frente a contaminantes, etc. El dilema en estos casos subyace entre la salud del conjunto de la población y los intereses particulares de personas o empresas y los valores que, desde la perspectiva ética, están amenazados suelen ser los relacionados con la participación efectiva de la población y con los procesos que aseguran la calidad democrática.

Por último, un aspecto no exclusivo de la normativa de salud pública pero que merece atención desde la ética es su contenido respecto a la garantía de cumplimiento e identificación de responsabilidades. Es preocupante la cantidad de normas legales que se incumplen y que no garantizan los derechos reconocidos, precisamente porque en su redacción se evita incluir disposiciones sobre la rendición de cuentas y sobre la identificación de responsables. La tramitación de la Ley General de Salud Pública es un ejemplo de ello, pues todas las garantías establecidas en los primeros borradores fueron desapareciendo sin dejar prácticamente rastro en la ley publicada. Los marcos descriptos de ética de salud pública abordan esta cuestión, al menos cuando se plantea la efectividad de las intervenciones que se han de implantar, es decir, cuando se considera si se establecen los medios adecuados para garantizar la efectividad buscada de las intervenciones de salud pública. Las leyes de salud pública definen las potestades y deberes del Estado en relación con la salud, de ahí que de la misma forma que especifica los procedimientos para ejercer esas potestades del Estado para proteger la salud, también debe establecer con claridad las responsabilidades y métodos de rendición de cuentas. En consecuencia, de la misma forma que la perspectiva ética es imprescindible para examinar los límites del poder que el Estado puede ejercer para proteger la salud de la población, también la ética puede analizar el alcance de las obligaciones que deben asumirse.

Vigilancia en salud pública y sistemas de información

La vigilancia de salud pública y los sistemas de información sobre salud de la población son imprescindibles para cumplir las funciones esenciales de salud pública. De hecho, los criterios y recomendaciones enunciados en los marcos éticos de salud pública indican que es necesario conocer los problemas fundamentales de salud de la población, sus causas y su distribución en la población, tanto para iniciar intervenciones como para evaluarlas. Algunos principios considerados básicos de la actuación en salud pública —como la seguridad, la equidad o la evaluación de las cargas y beneficios— no son posibles sin una información adecuada.

En el ámbito clínico no se cuestiona la necesidad de un diagnóstico riguroso previo al inicio de la actuación terapéutica, ni la necesidad de realizar pruebas para monitorizar su efecto. En salud pública suelen implantarse intervenciones sin disponer de sistemas de información adecuados para evaluarlas. Es una paradoja que se acepte que cualquier clínico debe hacer pruebas individuales para controlar los resultados del tratamiento en una persona y, en cambio, sea común que realicemos intervenciones preventivas, como el cribado de cáncer a cientos de miles de personas sin disponer de los sistemas de información que permiten evaluar adecuadamente los resultados. La necesidad de evaluación en salud pública no es un adorno académico, es un requisito indispensable porque, en salud pública, el contexto modifica la efectividad de las intervenciones en mayor grado que en el ámbito clínico y por ello hace indispensable conocer con detalle el efecto real que una intervención implantada en una determinada población tiene en comparación con la alcanzada en una población de referencia. Si, por ejemplo, una intervención de detección precoz de enfermedad o una campaña de educación sanitaria pueden alcanzar determinada efectividad en poblaciones nórdicas, puede ser que esa efectividad sea diferente en nuestro contexto social y sanitario. La actual Ley General de Salud Pública incluye el principio de evaluación; sin embargo, el artículo que exigía que no se implantase ninguna intervención de salud poblacional sin disponer de un sistema concurrente

de vigilancia fue suprimido durante la tramitación final antes de remitirse al Parlamento.

Parece estar claro que, desde el plano ético, es necesario considerar si la información disponible es suficiente para iniciar cualquier actuación de salud pública. Los casos tipo que se presentan responden a las siguientes cuestiones: ¿se debe implantar un cribado de cáncer de colon en ausencia de un registro de cáncer?; ¿cabe administrar fármacos de prevención primaria a grupos de población caracterizados por su perfil de riesgo sin posibilidad alguna de conocer que efectividad alcanzan?; ¿hay que implantar una acción educativa sin poder saber después si ha modificado las conductas pretendidas? Este tipo de preguntas no se plantean explícitamente en la práctica habitual, ni siquiera implícitamente, y muchas actuaciones de salud pública se implantan sin disponer de un sistema de información adecuado. Se argumenta que, dada la relevancia del problema y la efectividad demostrada (en otros ámbitos) de la intervención, no se debe demorar su implantación a fin de mejorar la salud de la población. Sería el caso de la detección precoz de cáncer de colon que se está extendiendo en España de forma programada. Este argumento sobre no retrasar el beneficio, también se invoca cuando hay dudas sobre la efectividad de determinada intervención, de ahí que suelen implantarse acciones de detección precoz de enfermedad cuando aún no se dispone de suficientes pruebas sobre su capacidad de aportar ganancias en salud a la población. Al asumir que la actuación debe intentarse aunque haya dudas, se soslaya que cualquier acción preventiva puede causar perjuicios. La seguridad y la necesidad de evaluación obligan a analizar la cuestión minuciosamente. Es cierto que la falta de información o de suficientes sistemas de vigilancia no puede ser un pretexto para la inacción, pero no hay duda de que debe alcanzarse un equilibrio para el que la aportación de la ética de salud pública puede ser beneficiosa.

Otra cuestión aún menos obvia sobre la toma de decisiones en vigilancia de salud pública tiene que ver con la proporcionalidad del uso de recursos. Por inercia se asume un determinado tipo de vigilancia de salud pública en la que no hay proporcionalidad entre los recursos dedicados a vigilar cada problema de salud o sus causas con la magnitud de estos problemas entre la pobla-

ción. En la toma de decisiones sobre vigilancia pueden plantearse situaciones como la siguiente: hay conciencia de que la contaminación química es uno de los retos de salud pública de nuestro tiempo, cada vez hay mayor acuerdo en que cabría implantar una vigilancia basada en muestras biológicas que permitiese conocer nuestra contaminación interna, pero se mantiene la inercia concentrando los esfuerzos de vigilancia en problemas de salud que no siempre son los más relevantes. Como los tiempos de actuación en el cuidado de la población en su conjunto son muy diferentes a los del cuidado de un paciente, parecería que no hay que plantearse decisiones de este cariz.

La medición del comportamiento de la sociedad, los indicadores que debe ser objeto de atención política, se están revisando actualmente en la línea apuntada en el informe Stiglitz, Sen y Fitoussi,²⁵ un asunto que se relaciona con la visión de la salud en todas las políticas, y cuya complejidad excede este texto. Circunscribiéndonos al terreno de las acciones propias de los servicios de salud pública, desde la ética de salud pública cabe preguntarse por qué se vigilan unos problemas de salud marginales y no se controlan otros más relevantes.

La bioética se ha ocupado en detalle de los riesgos que la vigilancia y los sistemas de información pueden suponer para la privacidad de las personas. Sus análisis se han considerado al desarrollar regulaciones sobre la confidencialidad de la información sanitaria que, en términos generales, está suficientemente protegida por las normas. Persiste, no obstante, el problema de conjugar la necesidad de disponer de información sobre la salud de la población a fin de implantar las acciones adecuadas con la exigencia de los mecanismos de protección de la privacidad que, en ocasiones, pueden impedir toda suerte de investigación epidemiológica. En estos casos, además de soluciones técnicas, puede ser oportuno analizar las cargas y beneficios que imponen algunas acciones de vigilancia y sistemas de información. Un aspecto menos considerado son los riesgos a la estigmatización de grupos, por ejemplo cuando los sistemas de vigilancia asocian ciertas enfermedades o riesgos con la pertenencia a grupos de personas definidos por alguna característica (nivel social, tipología física, orientación sexual, etc.), de ahí que este punto deba tenerse en cuenta al elaborar una casuística.

Otro ángulo desde el que analizar los sistemas vigilancia e información para elaborar una casuística, es el del acceso de la población a la información producida. Si no se puede acceder a la información disponible sobre riesgos para su salud de forma sencilla y con suficiente claridad puede comprometerse el derecho a la autonomía. Para ordenar los posibles casos, debemos distinguir entre información sobre riesgos para la salud del entorno, de riesgos derivados de la aplicación de actuaciones de salud pública y de riesgos derivados de las actuaciones de los servicios asistenciales cuando la unidad de medición de los riesgos concierne a dispositivos sanitarios tipo servicios, centros, hospitales, etc.

En el primer caso, las cuestiones que suelen plantearse y cuya adecuada respuesta puede requerir un análisis desde la ética tienen que ver con el paternalismo de las autoridades sanitarias que les lleva a no comunicar ciertos niveles de riesgo, bien porque no rebasan los umbrales recomendados o legalmente establecidos o bien porque pretextan que puede crearse alarma innecesaria. En su día hubo resistencia a proporcionar la información sobre la contaminación del aire en las ciudades por el temor a crear alarma, pero ahora se ofrece al instante sin que la alarma se produzca. Pero ni en todas las situaciones hay acuerdo sobre qué información debe estar disponible, y menos sobre que se pueda acceder a ella de forma inmediata. El tipo de conflictos a estudiar son del siguiente cariz: ¿deben los ciudadanos conocer el nivel de metales pesados que hay en el pescado que compran —u otros contaminantes en cualquier alimento— accediendo a los resultados de los laboratorios de salud pública?; ¿deben estar disponibles para la población los boletines de análisis de las aguas de consumo?; ¿debería informarse a la población de los ingresos hospitalarios esperados cada día porque la contaminación rebasa los límites salubres?; ¿deben estar accesibles al público los resultados de los análisis de las aguas de baño?

Si hablamos de perjuicios para la salud derivados de la aplicación de actuaciones de salud pública, las cuestiones habituales tienen que ver con la información sobre sucesos adversos y otros resultados del esfuerzo preventivo para conseguir un efecto beneficioso. Las cuestiones son más o menos las siguientes: ¿cabe comunicar a los candidatos a la detección precoz todo el

abanico de posibles resultados y todo el esfuerzo preventivo para obtener un éxito? —me refiero a expresar los resultados de forma que facilite una elección informada aportando el número de personas que debe cribarse para evitar una muerte, del número de falsos positivos por cada 100 personas, del número de biopsias u otras intervenciones necesarias; del número de intervenciones quirúrgicas innecesarias, etc., es decir, de los riesgos, además de los beneficios—;²⁶ ¿debe incluirse información detallada de los efectos adversos de las vacunas cuando se pide la autorización de los padres?. La posición de algunos salubristas es que ofrecer una información clara y detallada puede alejar a la población de las actividades preventivas y entonces no conseguirían los beneficios que conllevan. Hasta hoy, la información ofrecida es cuanto menos incompleta y supone una merma de la autonomía.

En una línea similar hay que examinar la información facilitada a los usuarios de los servicios sanitarios sobre su propio funcionamiento. Hay resistencias a informar sobre la frecuencia de éxito y fracaso de los servicios asistenciales, sobre la frecuencia con la que se observan sucesos adversos, sobre los resultados de las auditorías de calidad o sobre cualquier otro indicador que permita ordenar los servicios y centros según la calidad y seguridad de los servicios prestados. Al igual que lo que ocurre con los cribados poblacionales, se tiende más a la inacción que a la transparencia, de ahí que valga la pena explorar los aportes que puede ofrecer la ética.

Comunicación en salud pública

Cuando valoramos la comunicación en salud pública, muchos son los actores involucrados, como medios de comunicación y autoridades sanitarias, pero también profesionales y sus sociedades científicas o profesionales, investigadores y centros de investigación, revistas científicas, empresas y personas conocidas que prestan su imagen a campañas relacionadas con la salud.

Hay constancia de que algunas empresas han presionado a los medios de comunicación para orientar la comunicación en salud, por ejemplo, reduciendo la publicidad en las páginas de salud. En otras ocasiones pareciera

como si la información sobre salud estuviese financiada directamente por alguna empresa con intereses directos en algún producto saludable o incluso insalubre. Son asuntos que se dirimen desde la ética y profesionalidad periodística, sin embargo, dada la influencia de los medios en la visión de la población sobre la salud y su cuidado, los procesos que determinan la agenda informativa en salud podrían ser objeto de estudio desde la ética de salud pública.

Sobre el resto de actores implicados, las cuestiones que suelen surgir son las siguientes: ¿es aceptable que una sociedad científica recomiende públicamente acciones preventivas de la empresa que la financia?; ¿es quizá más aceptable que solo se ocupe de promover la cobertura vacunal aunque para ello reciba financiación de la industria farmacéutica?; ¿deben tomarse precauciones al redactar notas de prensa por parte de los investigadores, revistas científicas o instituciones de investigación para no exagerar las implicaciones prácticas de los descubrimientos comunicados?; ¿las empresas deben tener libertad para llamar la atención pública sobre problemas de salud para los que tienen dispuestos productos que no modifican el curso de la enfermedad? —se puede ilustrar con la reciente campaña de comunicación «Alzheimer, mejor saberlo», una enfermedad para la que no está demostrado que el diagnóstico precoz sea efectivo—; ¿es conveniente que las empresas «conviertan» en enfermedades lo que hasta el momento son molestias para vender nuevos fármacos y promover su inclusión en las prestaciones públicas?

En cuanto a las autoridades sanitarias, la comunicación debe considerarse como cualquier otra actuación de salud pública y ser objeto de escrutinio con el mismo marco ético que otras intervenciones. Esto también es pertinente para la comunicación en situaciones de crisis en la que los riesgos de procedimientos inadecuados son mayores. La reciente pandemia de gripe A dio motivo para todo tipo de críticas sobre la falta de ética de las instituciones sanitarias a todos los niveles y de las empresas productoras de vacunas. El análisis desde la ética de salud pública es imprescindible, pero algunas de las cuestiones que se dirimen no son tanto asuntos de comunicación en salud pública como de buen gobierno: transparencia e independencia en salud pública.²⁷ Otra cuestión que debe revisarse es la participación de las autori-

dades sanitarias en acciones de comunicación que, aparentemente, tienen un objeto loable pero que encierran riesgos de amparar con su presencia productos y empresas que pueden tener efectos negativos en la salud pública. Al hablar de buen gobierno ya se han descrito algunos casos; otros ejemplos sería: ¿debe acudirse a la presentación de la campaña «hidrátate» a comienzos del verano que, con el objeto explícito de prevenir golpes de calor, presenta a una asociación de empresas de bebidas refrescantes, muchas de ellas azucaradas? Como se ha comentado, el respaldo con la presencia y logotipo del Ministerio de Sanidad o de la Consejería de Sanidad a cualquier actividad de comunicación debe cuestionarse y ser objeto de análisis ético.

Educación sanitaria

Hay una atracción pública por la educación sanitaria, siempre considerada tan necesaria y benefactora como exenta de riesgos; tal es así que, para algunos, es incluso éticamente preferible a otras estrategias. No es una acción inocua, pues además de ser potencialmente paternalista, la educación sanitaria puede tender a manipular, a favorecer el estigma social en las poblaciones diana y, en ocasiones, resulta en un incremento de las desigualdades. La educación sanitaria suele ser más popular en aquellos sectores que consideran que la salud es un asunto privado que no depende del Estado y que, en consecuencia, tiende a atribuir la salud a las acciones individuales libremente elegidas. Independientemente de que esto sea erróneo, las intervenciones de educación sanitaria deberían enmarcarse en actuaciones que permitan satisfacer algunas de las recomendaciones o criterios de los marcos éticos de salud pública mencionados. Me refiero, por ejemplo, a la recomendación de que los programas de salud pública deben tratar de mejorar el entorno social y físico asegurando que las opciones saludables son fáciles, y deben procurar reducir las desigualdades injustas en salud. Al elaborar una casuística, trato de expresar lo destacable en este campo en las siguientes preguntas: al diseñar una acción de educación sanitaria para modificar conductas, ¿se acompaña de acciones paralelas para facilitar su adopción?; ¿es adecuado educar en conductas saludables cuando las políticas que afectan al entorno y condi-

cionan las elecciones saludables van en dirección contraria?; ¿se pueden entablar alianzas para educación sanitaria con entidades que tienen alguna actividad contraria a los fines de la salud pública?; ¿deben desarrollarse campañas de educación sanitaria que no incorporan el eje de equidad garantizando mayor intensidad según la necesidad? Un asunto destacable en educación sanitaria es la dificultad a la hora de evaluar los resultados en términos de salud y la escasa intención de hacerlo. La popularidad de esta acción de salud pública favorece que múltiples actores se impliquen en educación sanitaria, supuesta o real, sin planificar un tímido procedimiento de evaluación, lo que contraviene cualquier marco propuesto de ética de salud pública y, por tanto, indica un elemento clave en la enumeración y análisis de posibles casos.

Otras actuaciones de salud pública

Al relacionar los tipos de actuaciones en las que encuadrar los casos que se pretenden describir se había citado, además de las comentadas las intervenciones de prevención, las emergencias de salud pública y la investigación en salud pública. Si exceptuamos esta última, podemos comprobar que los aspectos relevantes susceptibles de análisis ético ya han sido considerados y creo que el examen específico no añade mucho más. Por ejemplo, los cribados han sido objeto de comentario directo o indirecto tanto al revisar el buen gobierno, la normativa, la vigilancia y la comunicación. Lo mismo podría decirse de las emergencias de salud pública. Quizás sobre la vacunación cabría recordar que siguen sin resolverse cuestiones sobre la voluntariedad de las vacunas, como hace poco se puso de manifiesto al obligar la Junta de Andalucía por vía judicial a vacunar a unos niños con motivo de un brote de sarampión en Granada.

Sobre la investigación en salud pública, al tratarse de una investigación aplicada cuyos resultados tienen por objeto mejorar la salud de la población, estos pueden tener implicaciones en las decisiones sobre la salud de la población en todos los niveles. Es común que la forma de diseñar los proyectos y la presentación de resultados se aleje de lo que sería útil para la implantación

de medidas de salud pública. Por ejemplo, no es infrecuente que los investigadores tiendan a emplear y comunicar medidas relativas de riesgo en lugar de medidas absolutas, lo que impide conocer las magnitudes en términos poblacionales y, por tanto, aplicarlas en programas. Igualmente, es usual que los grupos de investigación no prevean mecanismos para comunicar los resultados a las administraciones diana. Puede argüirse que esa es una responsabilidad de la administración, pero muchas de estas investigaciones están públicamente financiadas, y cabría que los investigadores estableciesen mecanismos para devolver la inversión a la sociedad.

Una agenda de ética y salud pública en España

El análisis de los elementos oportunos para elaborar una casuística de aplicación de la bioética a la salud pública y la enumeración de posibles casos, nos muestra los beneficios potenciales de esta aplicación y la premura con la que deberían alentarse acciones para desarrollar y aplicar la ética de salud pública. No se trata de replicar total o parcialmente los trabajos disponibles, tanto los procedentes de la bioética como los marcos y recomendaciones sobre ética y salud pública. Las actuaciones necesarias abarcan desde la formación de los profesionales y la generación de conocimiento hasta la formulación de recomendaciones de buen gobierno en salud pública, e implican no solo a las administraciones sino a todos los actores mencionados. Conseguir su implicación exige acciones de influencia a iniciativa de aquellos que estén más interesados. Se trata, por ejemplo, de que sociedades científicas como SEE y SESPAS impliquen a colegios profesionales y sus organismos nacionales y a otras sociedades en el desarrollo y aplicación de la ética de salud pública. Se trata de influir en las administraciones públicas para que algunas recomendaciones de buen gobierno se incorporen a su práctica y a sus normas de funcionamiento. El desarrollo reglamentario de la Ley General de Salud Pública ofrece una excelente oportunidad. En trabajo pendiente es intenso, pero los beneficios para la gobernanza de la salud pública y la salud de la población lo merecen.

Anexo 1

Las funciones esenciales de salud pública y las funciones de salud pública de la Administración General del Estado en España

Fuente

Villalbí, J. R.; Carreras, F.; Martín-Moreno, J. M. y Hernández Aguado, I. «La cartera de Servicios de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud: la aportación de la Administración General del Estado». *Rev. Esp. Salud Pública*, 84, 2010, págs. 247-54.

Referencias mencionadas

Institute of Medicine, Committee on the future of public health. *The future of public health*. Washington: National Academy Press, 1988.

Public Health Functions Steering Committee. *Public Health and Essential Public Health Services*. Washington: US Department of Health and Human Services, 1995. Disponible en: <http://www.health.gov/phfunctions/public.htm>

Referencias bibliográficas

1. Institute of Medicine, Committee for the study of the future of public health. *The future of public health*. Washington D.C.: National Academy Press, 1988.
2. Public Health Functions Steering Committee. *Public Health and Essential Public Health Services*. Washington: US Department of Health and Human Services, 1995. Disponible en <http://www.health.gov/phfunctions/public.htm> (consultado el 04/10/2011).
3. WHO Regional Office for Europe. *Report of the Second Meeting of the Core Expert Team on the Public Health Functions and Services in the European Region*. Copenhagen: World Health Organisation; 2007.

4. Mackenback, J. P. (Ed.). *Health Inequalities: Europe in Profile*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU (febrero de 2006). Rotterdam: Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, 1996. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf (consultado el 04/10/2011).
5. *Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud*. Disponible en: http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf (consultado el 04/10/2011).
6. Council of the European Union. *Council conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health*. 3019th Employment, Social Policy, Health And Consumer Affairs Council meeting Bruselas, 8 de junio de 2010. Disponible en: http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/concluConsejoMinistros_En.pdf (consultado el 04/10/2011).
7. Ståhl, T.; Wismar, M.; Ollila, E.; Lahtinen, E. y Leppo, K. *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf (consultado el 04/10/2011).
8. *Health and Migration in European Union: Better Health for all in an Inclusive*. Lisboa: Society Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009. Disponible en: <http://www.pro-brook.com/images/PDFs/Portugal%20EU%20health.pdf> (consultado el 04/10/2011).
9. Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud Pública. Madrid: Boletín Oficial del Estado, miércoles 5 de octubre de 2011:104593- 626.
10. Benavides, F. G.; Moya, C.; Segura, A.; De la Puente, M.L; Porta, M. y Amela, C. «Competencias profesionales en salud pública». *Gac Sanit*, 20, 2006, págs. 239-43.

11. Public Health Leadership Society. *Principles of the ethical practice of public health*. Disponible en: <http://phls.org/CMSuploads/Principles-of-the-Ethical-Practice-of-PH-Version-2.2-68496.pdf> (consultado el 04/11/2011).
12. Nuffield Council on Bioethics. *Public health: ethical issues*. Londres: Nuffield Council on Bioethics, 2007. Disponible en: <http://www.nuffield-bioethics.org/public-health> (consultado el 19/10/2011).
13. Kass, N. E. «An ethics framework for public health». *Am. J. Public Health*, 91, 2001, págs. 1776-82.
14. *Recomendaciones del Consejo Asesor Sobre el Código de buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca*. Vitoria: Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2010. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkcbil01/es/contenidos/informacion/cbil_buengobierno/es_cbil/adjuntos/Buengobiernomarzo.pdf (consultado el 20/10/2011).
15. Roberts, I. «Corporate capture and Coca-Cola». *Lancet*, 372, 2008, págs. 1934-5.
16. Brody, H. «Professional medical organizations and commercial conflicts of interest: ethical issues». *Ann. Fam. Med.*, 8, 2010, págs. 354-8.
17. Speers, S. E. ; Harris, J. L. y Schwartz, M. B. «Child and adolescent exposure to food and beverage brand appearances during prime-time television programming». *Am. J. Prev. Med.*, 41, 2011, págs. 291-6.
18. Torjesen, I. «Coca-Cola supply chain helps bring diarrhoea treatments to developing world». *BMJ*, 13 de septiembre de 2011, págs. 343:d5825. doi: 10.1136/bmj.d5825.
19. Nota de prensa del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La ministra Leire Pajín preside la firma de un gran acuerdo social para lograr «el consumo cero» de alcohol entre los menores de edad. Disponible en: <http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=2213> (consultado el 20/10/2011).
20. Subdirección general de Promoción de la Salud y Epidemiología. *Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/FrameworkSP.pdf> (consultado el 20/11/2011).
21. Lo, B. y Field, M. J. (Eds.). Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice, Board on Health Sciences Policy. *Conflict of interest in medicine, medical research, education and practice*. Washington DC: National Academies Press, 2009.
22. Ruano, A. *El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria*. Barcelona: SESPAS, 2011.
23. Nuffield Council on Bioethics. *Public health: ethical issues*. Londres: Nuffield Council on Bioethics, 2007. Disponible en: <http://www.nuffield-bioethics.org/public-health> (consultado el 19/10/2011).
24. Kass, N. E. «An ethics framework for public health». *Am. J. Public Health*, 91, 2001, págs. 1776-82.
25. Stiglitz, J. E.; Sen, A. y Fitoussi, J. P. «Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress», 2009. Disponible en: <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm> (consultado el 27/10/2011).
26. Barratt, A.; Howard, K.; Irwing, L.; Salkeld, G. y Houssami, N. «Model of outcomes of screening mammography: information to support informed choices». *BMJ*, 330, 2005, pág. 936.
27. Hernández Aguado, I. «Independencia y transparencia en salud pública». En: *Salud pública: derechos y deberes de los ciudadanos*. Madrid: Fundación Salud 2000 (en prensa).

Elementos y criterios para el diseño de un programa de ética y salud pública (una agenda)

Andreu Segura

*Responsable del Área de Salud Pública
del Institut d'Estudis de la Salut y presidente
ejecutivo de la Sociedad Española de Salud Pública
y Administración Sanitaria (SESPAS)*

En este artículo se incluyen algunas consideraciones relativas al desarrollo de actividades de promoción de la ética en el ámbito de la salud pública que se proponen para su crítica y discusión como material de trabajo. Además, se aporta un resumen sobre la naturaleza y el ámbito de la salud pública (véase el anexo 1). Gran parte de las propuestas se basan en el artículo editorial de James Thomas publicado en la revista americana de salud pública que se titula «Una agenda para la ética de salud pública».¹

Las particularidades que implica la aplicación de las reflexiones éticas a la salud pública son objeto de la primera sesión de trabajo de este encuentro y una casuística específica de situaciones y problemas que pueden beneficiarse de la perspectiva ética es objeto de la segunda sesión. Ambas aportaciones deben tenerse en cuenta a la hora de plantear la eventualidad de un programa de trabajo sobre ética y salud pública a desarrollar desde las diversas instancias en las que trabajan los profesionales de la salud pública y de la ética.

Justificación

La necesidad de disponer de una estrategia que ayude a promover la utilización de las consideraciones éticas en el ámbito de la salud pública es consecuencia de las aportaciones de los dos ponentes anteriores.² La cuestión es, pues, si es necesario diseñar un programa o cuando menos algunos de los elementos básicos de un plan o programa de acción con la pretensión de introducir y potenciar la perspectiva ética a la hora de diseñar, llevar a cabo y evaluar las intervenciones de la salud pública y, si estamos en condiciones de hacerlo, siquiera de forma preliminar.

Entre los argumentos que justificarían la conveniencia de promover la aplicación de la ética en el ámbito de la salud pública destacan:

- La importancia de la perspectiva ética en el diseño, la aplicación y la evaluación de las intervenciones de salud pública sobre las poblaciones y comunidades.
- La dimensión colectiva de las intervenciones de salud pública, la necesidad de intervenciones colectivas de promoción y de protección de la salud, y las consecuencias de las intervenciones colectivas.
- La particularidad que supone la dimensión colectiva de la responsabilidad y la libertad en la adopción de medidas sanitarias que implican restricciones a terceros.
- La conveniencia de incluir, junto a los denominados principios de la bioética (beneficencia, justicia y autonomía) y tal vez otros como el de precaución y el de rendir cuentas, los planteamientos más consecuentes que caracterizan las aproximaciones utilitaristas.

No obstante, la dedicación a estas cuestiones ha sido hasta el momento muy limitada, tanto desde la vertiente de la ética como desde la de la salud pública, de modo que está por ver si deberíamos llevar a cabo una exploración preliminar en los ámbitos de la ética (particularmente de la bioética) y de la salud pública para conocer el interés y las preferencias de los profesionales.

Conviene discutir la conveniencia de esforzarse en promover un plan explícito y, en su caso, ver cuáles deberían ser las prioridades y los objetivos, así como el papel de las sociedades profesionales, de la academia y de las administraciones.

Propósitos y objetivos

Se trata de contribuir a la implicación de las personas y de los colectivos en el diseño, la adopción y la evaluación de las medidas sanitarias colectivas para facilitar la asunción de responsabilidades individuales y sociales en las decisiones sanitarias de ámbito poblacional.

La promoción efectiva de tal implicación parece asunto de la sociedad en su conjunto. Las sociedades profesionales y científicas y las corporaciones pueden jugar el papel de catalizador y estimular la reflexión y el debate académico teórico, produciendo aportaciones a la sociedad para que se adopten las decisiones operativas democrática y legítimamente. La legitimidad social de las corporaciones profesionales se limita a velar por el adecuado ejercicio de sus profesionales, de modo que en este ámbito sus aportaciones deberían ser, más que propuestas, conclusiones.

Conviene además debatir la conveniencia de formular objetivos específicos que, en tal caso, comprometan a las sociedades profesionales y científicas, a

las fundaciones y a los profesionales interesados, que somos los agentes del encuentro. Queda por ver si vale la pena formular objetivos para proponerlos a terceros.

A quiénes se podría dirigir

En primer lugar, a la ciudadanía en general, de manera que las instituciones culturales y de comunicación social serían espacios en los que dar a conocer la importancia de las consideraciones éticas en el ámbito de la salud pública, estimulando su difusión y el debate.

También lo serían las instituciones del poder legislativo, donde se toman decisiones legales que potencialmente pueden afectar la salud de los colectivos pero que también afectan a la libertad y la responsabilidad de los ciudadanos.

Y, desde luego, también implica al poder ejecutivo en los ámbitos de las administraciones públicas de gobierno que, directa o indirectamente, llevan a cabo las intervenciones de salud pública. En este ámbito caben especialmente las actividades de formación de posgrado y de formación continuada.

En segundo lugar, implica a los profesionales sanitarios responsables de la sanidad colectiva: colegios y otras corporaciones, sociedades profesionales y científicas, escuelas y facultades.

Finalmente, también se incluye a los profesionales no sanitarios que pueden tener alguna implicación en procesos relacionados con la salud: urbanistas, abogados, etcétera, colegios y otras corporaciones, sociedades profesionales y científicas, escuelas y facultades.

La ciudadanía podría ser objetivo permanente de estímulos culturales que permitieran poner en práctica y fomentar las reflexiones éticas sobre cuestiones de la salud pública, particularmente aquellas más culturales, como por ejemplo la racionalidad de las expectativas sobre la salud; las limitaciones de los sistemas sanitarios; la justicia en la distribución de recursos, etc. En cuanto al aprovechamiento de episodios y situaciones de interés sanitario para la opinión pública, convendría que se debatieran en el encuentro las posibilida-

des y las limitaciones respecto del papel de las sociedades profesionales y de los profesionales. La experiencia de las últimas polémicas públicas puede ser ilustrativa: pandemia de gripe, vacunación antipapiloma, etc.

En cualquier caso, parece más adecuado centrar los esfuerzos en analizar las posibilidades del desarrollo de la ética aplicada a la salud pública en los ámbitos de la formación y de la práctica de los profesionales, en la etapas formativas tanto de grado como de postgrado, durante la actividad profesional como actividad de formación continuada y como objeto de interés científico y profesional.

Cuestiones consideradas en la presentación

Como nos recuerda Thomas, «Desde el ámbito académico acostumbra a ser habitual la reticencia a dar respuestas concretas o prescriptivas. Tampoco los académicos suelen verse implicados en los dilemas éticos que comporta la práctica profesional, porque raramente han trabajado en los servicios de salud pública de las administraciones sanitarias. De ahí conviene tener en cuenta que las cuestiones éticas que, en su caso, preocupan a los profesionales, son eminentemente prácticas. Necesitan saber si lo que hacen está bien o mal y si las intervenciones que llevan a cabo son efectivas y equitativas». Y sigue: «Necesitamos más salubristas con formación ética. A pesar de que está aumentando el número de profesores de ética en las escuelas de salud pública, rara vez son personas con experiencia profesional en el campo. Lo que no pasa en el ámbito de la medicina, donde muchos docentes de bioética siguen trabajando como clínicos. Aunque disponemos de libros y artículos que dan cuenta de acontecimientos poco éticos en la historia de la salud pública, el tema está en buena parte por explorar».

«No hay que olvidar que la historia puede revelarnos errores que necesitamos conocer para corregirlos y mejorar. Por otro lado, existen cuestiones éticas susceptibles de investigación empírica, como por ejemplo cuál es la mejor manera de obtener la opinión de la ciudadanía cuando se pretende diseñar una determinada política de salud pública».

«También hay que tener en cuenta la conveniencia de difundir experiencias y conocimientos porque, a pesar de que nacemos con cierto sentido del bien y el mal, los dilemas morales son a menudo complejos y requieren una adecuada formación para dar una mejor respuesta. Como bien sabe cualquiera que haya trabajado directamente con alguna comunidad, la variedad de intereses acostumbra a ser muy grande y resulta difícil dar respuestas equitativas. Por ello conviene garantizar que los profesionales de la salud pública reciban un adecuado entrenamiento en los criterios y habilidades éticas relevantes para el ejercicio de su responsabilidad».

«Es más probable que actuemos éticamente si la ética forma parte de nuestro trabajo cotidiano que cuando nos hemos de ocupar de ella abandonando las tareas profesionales. La ética no puede verse como un complemento más o menos impuesto de nuestras responsabilidades. Debería ser una oportunidad para interactuar con otros sectores de la sociedad, puesto que a todos nos importan las cuestiones que plantea».

«Cuando la alternativa es elegir entre varias opciones defectuosas, es probable que nos sintamos paralizados. Un consejo útil es reconocer que no estamos buscando la verdad, sino una respuesta moralmente aceptable. Cuando hay que tomar una decisión difícil, ayuda saber si nos hemos apoyado en algún razonamiento ético sólido. Porque no se trata de justificar nuestras decisiones burocráticamente sino de hacer carrera gracias a la ética, se trata de que salud y justicia sean objetivos compatibles, porque nuestras deliberaciones sobre la ética no valen para nada si no nos acercan a este propósito».

Siguiendo a Callahan y Jennings,³ las áreas de actividad de la salud pública más susceptibles a las consideraciones éticas son las que tienen que ver con la promoción y protección de la salud colectiva, con la disminución de riesgos, con la investigación y con las desigualdades —evitables e injustas— en salud. De acuerdo con ellos, las cuestiones a tener en cuenta serían:

- Los líderes de la salud pública deberían fomentar actividades de debate sobre ética y salud pública.
- Los editores de las revistas de salud pública y de bioética deberían priorizar la solicitud y la aceptación de trabajos relacionados con las aplicaciones de la ética en la salud pública, de suficiente calidad y rigor.

- Sería conveniente proceder a la compilación de casos y ejemplos que sirvieran como material docente y de reflexión para el debate y el aprendizaje.
- Las cuestiones relativas a la ética deberían considerarse formalmente en las convocatorias de proyectos de investigación, de manera que uno de los focos a considerar fueran las implicaciones éticas y la propia ética como objeto.
- Las escuelas de Salud Pública deberían darle más importancia a la ética y, por ello, incrementarse los requerimientos relativos en los procedimientos de acreditación.
- Incentivar la introducción de consideraciones éticas en los programas de formación continuada, de desarrollo profesional y de carrera profesional por parte de los empleadores de los profesionales de la salud pública.
- Las agencias, centros y servicios de salud pública deberían fomentar (invitar a expertos, incentivar el desarrollo) y dar facilidades (tiempo y recursos) para la celebración de sesiones sobre ética en la práctica profesional.
- Los estudiosos y académicos de la ética deberían prestar atención a la salud pública, considerarla como objeto de análisis y desarrollar formas y procedimientos para aproximar el razonamiento y la perspectiva ética a la práctica de la salud pública.

Los ámbitos a los que conviene dirigirse son: 1) los académicos, que incluyen instituciones educativas, sociedades científicas y profesionales como SESPAS y fundaciones como la Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2) las instituciones y dispositivos sanitarios donde se practica la salud pública, centros, servicios y programas; 3) las instituciones sociales y de la administración más relevantes para la salud pública, como urbanismo; tráfico, etc. y 4) las instituciones ciudadanas en general.

En estos ámbitos, las propuestas sugeridas son:

- Fomentar la reflexión ética en cualquiera de los foros en los que participemos profesionales de la salud pública, particularmente en el ejercicio profesional, en la formación continuada y en la de posgrado de especialización.

- Las situaciones que se producen en la práctica profesional y, sobre todo, las que alcanzan transcendencia pública en los medios de comunicación deben aprovecharse para formalizar y difundir las consideraciones éticas pertinentes.
- Conviene organizar actividades formales de aprendizaje, mediante la creación de asignaturas en los programas regulares; de discusión de casos en las de formación de posgrado y también en la formación continuada asociada al ejercicio profesional de la salud pública.

Referencias bibliográficas

1. Thomas, J. C. «An agenda for Public Health Ethics». *J. Public Health Management Practice*, 14, 2008, págs. 329-31.
2. Ricard Meneu plantea que, en las circunstancias actuales, la pretensión de elaborar un programa de trabajo es prematura, debido a la poca atención que se ha prestado a la cuestión hasta el momento. En este caso, más que proponer un programa de actividades hacia fuera convendría establecer un programa interno de fortalecimiento y profundización. Sea como fuere, al menos parece conveniente establecer una agenda.
3. Callahan, D. y Jennings, B. «Ethics and Public Health: forging a strong relationship». *A. J. Public Health*, 92, 2002, págs. 169-76.

Resumen del encuentro

Joan Pons

*Asesor científico de la Agència d'Informació,
Avaluació i Qualitat en Salut*

El encuentro «Ética y salud pública» celebrado el 22 y 23 de septiembre de 2011 se estructuró en tres sesiones, cada una sujeta a un debate entre los asistentes.

Primera sesión. Aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética

Ponente: Ricard Meneu

No hay duda, según la opinión de ponentes y participantes, que la bioética llega tardíamente a la salud pública, hecho mucho más acentuado en nuestro país, y que una presencia más fuerte de la bioética hubiera hecho plantear de manera más constructiva debates recientes (ley del tabaco, vacuna del VPH). ¿Por qué esta tardía atención de la bioética a la salud pública o, mejor al contrario, la escasa preocupación de los salubristas —profesionales de la salud pública— por los temas éticos, tan inherentes a su práctica? Parece estar claro que la bioética ha avanzado más en la interacción médico-paciente, sea en la clínica o en la investigación, pero su influencia en el ámbito de la salud pública parece menor, a pesar de tratarse de un debate antiguo en el mundo anglosajón. Como si las intervenciones de salud pública (a través de programas) no tuvieran que estar sujetas a las mismas exigencias (una explícita referencia a principios éticos) que las intervenciones a nivel de la clínica o la investigación...

Esta particularidad puede entenderse en parte porque, en la salud pública, la población es el sujeto de atención e intervención. ¿Es esta una razón suficiente que pueda explicar un excepcionalísimo en la salud pública? Sin duda, la salud pública, como la rama más política de la medicina (cita de Virchow de la medicina como política a lo grande), es donde más colisión puede haber entre derechos individuales y colectivos. En algún momento, puede ser necesario un mayor o menor grado de coerción. No sorprende que la ley de medidas especiales en materia de salud pública sea la ley orgánica (3/1986, de 14 de abril) más corta existente. Siendo política, con el Estado de por medio, el Panopticon de Bentham (cuya aplicación hacía extensiva no solo a prisiones, sino también a escuelas, hospitales, lazaretos, etc.) y la biopolítica (los departamentos de salud pública son Estado) acuñada por Foucault se hacen presentes.

Entre los presentes en el debate, repartidos casi a partes iguales entre profesionales de la medicina (salubristas y clínicos) y enseñantes de bioética (filosofía moral y del derecho), todos interesados en la ética de la conducta humana,

surgió la necesidad de clarificar el lenguaje, paso imprescindible para compartirlo y avanzar. No resultó una tarea sencilla y consumió la primera parte de la sesión. ¿Cuál es el ámbito específico de la salud pública, sus aspectos nucleares y complementarios? Todo puede verse como un tema o una problemática de salud pública, y más si se considera que esta actúa sobre otras áreas que no son (administrativamente) de salud, pero que influyen en la misma. Entonces, la particularidad de la salud pública está en su intersectorialidad. No ha de sorprender que, como la Ley General de Salud Pública quería introducir, debería examinarse, en cualquiera de las demás políticas públicas, su impacto en la salud.

Pero la salud es también un concepto evanescente, particular, con definiciones (OMS, Jordi Gol) que no resuelven la cuestión, confundiendo bienestar con salud, pudiendo haber formas sanas de estar enfermos y descuidándose los condicionantes sociales determinantes en la salud y en la enfermedad. ¿Qué es la salud? ¿Un estado, una capacidad, un instrumento para alcanzar otros fines, un constructo? Como en la ética, que resulta más fácil decir qué está mal que definir lo que está bien, puede intentar clarificarse conceptos partiendo en negativo, de la enfermedad. Aunque permite una mejor categorización, siempre incrementalista (algunas se quitan —homosexualidad— pero muchas enfermedades se añaden, solo hay que mirar la DSM), tampoco parece suficiente y ni mucho menos se obtiene consenso. Se asume, pues, un cierto grado de indefinición en lo que se persigue, salud, y se retorna a la concreción del ámbito de la salud pública.

No cabe duda de que, desde el siglo XIX (incluso antes), muchas competencias se han ido incluyendo en el ámbito de la salud pública (potabilización de las aguas, medidas ante epidemias, control de residuos, alimentación, etc.), pero si algo caracteriza las actividades en salud pública es que estas se enmarcan dentro de tres finalidades principales: protección (salud), prevención (enfermedad) y promoción (salud). Pero no sirven para marcar un territorio exclusivo, pudiendo pensarse en los temas alimentarios (competencias de agricultura y salud) o de drogadicción (interior y salud).

Nadie cuestionaría a quién corresponde preocuparse y remediar una posible epidemia de cólera, ámbito indiscutible de la salud pública, pero ¿a quién corresponde corregir las desigualdades sociales, tan influyentes en la mortali-

dad? A la política, sin duda, pero sin técnicos que analicen datos y prueben relaciones causales, puede acabar siendo pura retórica.

La bioética no solo lleva a cuestionar el fin (¿hay que prevenir esto?), sino, especialmente, los medios (¿cómo lo prevenimos?). Aquí entró el debate en otro derrotero, donde las bases de la bioética tomaron preponderancia.

La protección colectiva, objeto de la salud pública, es un valor que hay que preservar y promover, aportando a la perspectiva ética elementos de análisis que eviten excesos. ¿Hasta qué punto se puede actuar sobre la conducta de los individuos? ¿Qué medios son legítimos para actuar a este nivel? No hay duda de que, en las sociedades democráticas, la actuación puede ser legítima, pero esto no debería privar, al contrario, su justificación moral. La visión anglosajona, tan influyente en el mundo global, prima los derechos individuales sobre las intervenciones públicas, reduciendo el papel del Estado a la mínima interferencia en la vida de los ciudadanos. La época actual, siguiendo esta tendencia, constituye un período de hipertrofia de derechos y de lo liberal, siendo lo público, lo colectivo, aquello que se comparte, menoscabado. Es el predominio del individuo como consumidor soberano.

Por tanto, las intervenciones en salud pública se enmarcan en un programa (intervención organizada) dirigido a beneficiar a la comunidad, siendo este beneficio a nivel individual anónimo y sabiendo que la mayor parte de los individuos poco beneficio obtendrán (paradoja preventiva de Rose). No solo hay este hecho paradójico, sino también otro, complejo de discernir, que supone la acentuación de conductas de riesgo (conducción más temeraria) por el hecho de sentirse protegido individualmente (cinturón de seguridad). Es el riesgo moral, común en el aseguramiento.

Las complacientes sociedades de los países de renta alta parecen haber entrado en una tendencia generalizada a la no asunción de riesgos. Los medios de comunicación influyen decisivamente y acaban condicionando la respuesta política. Hay que hacer algo, no importa qué o el dispendio de recursos para unos beneficios que, como los riesgos, son inciertos o están poco acotados. No hay que ir demasiado lejos para recordar casos (vacas locas, pandemia de gripe) que suscitaron múltiples intervenciones de elevado coste, en especial por el coste de oportunidad de lo que se sacrificó en aras a un riesgo que, subsecuentemente, fue mucho menor de lo que algunos agoreros predijeron.

Las reprimendas (políticas, sociales), sin embargo, no vienen tanto por actuar, sino por no actuar ante una próxima y potencial desgracia. El ejemplo del juicio a los sismólogos italianos que menoscabaron el riesgo del terremoto de los Abruzzos es completamente actual. Actuar y no actuar tiene, inherentemente, sus consecuencias, sus riesgos.

Todas las teorías éticas tienen sus principios, aunque la fundamentación siempre se acabe simplificando. Pueden ayudar a sistematizar las decisiones, elecciones, conductas, haciéndolas más coherentes, pero no necesariamente aportarán soluciones con idéntico patrón. La casuística, por el contrario, surgiendo desde abajo, ante los problemas, se mueve en un campo más de principios implícitos a través de analogías conductoras. El informe Belmont, no hay que olvidar, aboga por la conjunción de estas dos perspectivas: la de los principios y la de la casuística con el individuo, el medio y los valores que interaccionan y entran en conflicto.

Algunos de los principios o valores que surgen repetidamente en el debate entre los asistentes y parecen más particulares de la salud pública son:

- *La transparencia.* La transparencia significa que no puede haber «secretos de Estado» en salud pública y no debería escamotearse el pleno conocimiento a la ciudadanía, con todas las incertidumbres, de los datos disponibles sobre riesgos y potenciales consecuencias de las alternativas de actuación existentes. No hay político, sin embargo, que acepte presentarse en público hablando de incógnitas e incertezas.
- *La participación.* Puede argumentarse que la representación política actúa a este nivel, pero en muchos casos su actuación está guiada por las resoluciones de comités de expertos donde los ciudadanos o los colectivos a las que se dirige la intervención (programa) están escasamente representados. Se puede hablar de paternalismo, del conocimiento del experto que actúa con la mejor fe y en beneficio de todos, y de la dificultad de comprensión del lego, ya no de terminología técnica, sino de estimaciones y probabilidades (déficit de comprensión numérica). En estos paneles o comités de expertos deben incluirse representantes de la población o de los colectivos a los que se dirige la intervención (programa) que se discute. Sin duda, no es sencillo hacer comprensibles algunos temas, pero no cabe duda de que debe haber una

deliberación (proceso inherente a la bioética) y alcanzarse (progresivamente) consensos entre los partícipes, lo cual no solo facilitaría su implementación, sino también la asunción de riesgos. Ni que decir tiene que, en intervenciones controvertidas, la inclusión de diferentes perspectivas y la visión de aquellos a quien se dirige la intervención, pasa a ser un elemento fundamental.

Siguiendo el elemento de la proporcionalidad, resulta básica la aceptación de las interferencias que las medidas de salud pública pueden tener para el público o la población en general. En este caso, vale la pena la revisión del documento «Public Health: ethical issues» (<http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Public%20health%20-%20ethical%20issues.pdf>) Elaborado por el Nuffield Council of Bioethics y que fue encarecidamente recomendado por el ponente. En ese sentido, cuando antes se hablaba de coerción o intrusión en las libertades individuales, el documento, que incorpora muchos de los elementos surgidos en el debate, propone una escalera, una graduación, en el nivel de intrusión de los poderes públicos en aras del bien colectivo (salud de la población), siendo así que se sigue el principio de proporcionalidad, resultando en un grado de justificación cada vez mayor en la medida que se restringen las libertades.

Segunda sesión. Elementos para la elaboración de una casuística de aplicación de la bioética a la salud pública

Ponente: Ildefonso Hernández

Para empezar, se planteó la complejidad regulatoria en aspectos tan comunes como el alcohol, el tabaco, la alimentación y la denominada epidemia de obesidad en los países de renta alta. Los grupos de interés, de productores y distribuidores, los riesgos a nivel de salud y beneficios a otro nivel (impuestos al pescado) son complejos de sopesar y los *lobbies* actuantes no tienen la misma fortaleza o capacidad de influencia. Aparentemente, en Estados Unidos, el papel de los *lobbies* y grupos de interés parece más transparente, pero las paradojas siguen presentes. En el control del contagio en las infecciones, como pueden ser las enfermedades de transmisión sexual (ETS), por ejemplo, y constatando la diferencias entre contextos, en Estados Unidos uno puede recibir una llamada del CDC (Center for Diseases Control) informándole de

que el contacto sexual que tuvo reciente está afectada/o de una ETS y aconsejándole lo que debe hacer.

Forma parte de los estados de derecho que las políticas se articulen a través de leyes y de otros niveles normativos. La salud pública no es ajena a esta articulación que, en muchos casos viene dictada desde Europa. Una norma que no vigile su cumplimiento resta vacía. De igual forma, pierde solidez si no se contemplan garantías y mecanismos para controlar su seguimiento y evaluar sus consecuencias. En los estados progresivamente adelgazados, el cumplimiento de estas actividades de control y evaluación son cada vez más difíciles, por no decir imposibles.

A esto se suma que, en las escalas que gradúan la fortaleza de la evidencia científica, los ensayos controlados y aleatorios o la metaanálisis de los mismos se sitúan en la cúspide. Pero en salud pública hay pocos estudios experimentales (abundantes en el cribado a través de mamografía del cáncer de mama, que tampoco han resuelto las grandes dudas, pero ausentes en otros programas de cribado ampliamente difundidos, por no hablar del PSA y del cáncer de próstata). Predominan en el ámbito de la salud pública los estudios-observaciones (casos-control, cohortes) que de ninguna manera pueden menoscarse, siendo en gran parte, por razones éticas y científicas, los únicos diseños de estudio realizables.

La comunicación pública por los responsables políticos y sanitarios, en una situación de potencial (pan)epidemia, como se vio en el caso de la gripe A (H1N1), acaba siendo un problema. Algunas frases desacertadas de máximas autoridades sanitarias (recordar el aceite de colza y las vacas locas) han quedado en la memoria colectiva. El qué y cómo se informa pasa a ser trascendental. No todos los resultados de análisis de salud pública acaban haciéndose públicos. Cuando en primera página aparece la casuística (aislada, uno a uno) de defunciones, se genera alarma; cuando se mantiene silencio quizá se dispare más temor por considerarse que se está ocultando algo importante. No ha de sorprender que las teorías conspirativas estén tan en boga. La inacción y la falta de transparencia no son buenos compañeros en estas situaciones. Pero transparencia no es solo facilitar información; esta ha de ser entendible. Es cierto que, en algunos casos, la transparencia puede ser perjudicial, pero en el ámbito de la salud pública, este debería ser un valor superior. No solo contri-

buye a aumentar el nivel de comprensión de la ciudadanía, sino también permite ofrecer (todo) el conjunto de elementos para que el individuo pueda decidir de manera informada. Es innegable, sin embargo, que, a pesar del tiempo y por poner un ejemplo, persiste una ocultación o disimulo sobre los efectos adversos (falsos positivos y negativos, angustia asociada a resultados, radiación, etc.) del cribado de cáncer mama con mamografías.

La LG de SP intenta abordar el problema de los conflictos demandando que estos se hagan explícitos por todas partes. Sociedades científicas, asociaciones de pacientes y familiares, y grupos de interés, acaban siendo soportados, de manera mayoritariamente opaca, por la industria (medicamentos, productos sanitarios, alimentación, etc.). Se acaba atendiendo a aquel que hace más ruido, no al que pueda tener más razón. Puede ser deprimente, pero acaba siendo lógica una actitud de sospecha ante cualquier compañía o multinacional que plantee una campaña de salud pública (o solicite apoyo público). El ponente manifestó cómo los *lobbies*, en nuestro país y siguiendo la tradición americana, actúan cada vez más en la comisión de sanidad del congreso de diputados, ante sus señorías, que dictan las políticas públicas.

La educación sanitaria constituye también un elemento príncipe de la salud pública. Todos sabemos el papel de los condicionantes sociales (educación, renta) y cómo las desigualdades afectan a la salud. Centrarse en las condiciones del individuo (la obesidad, exclusiva responsabilidad individual por malas elecciones) huyendo de los condicionantes sociales es errar completamente el tiro. Solo se acaba estigmatizando a los más desfavorecidos, que tienen una capacidad de elección (muy) limitada.

Uno puede aislarse del contexto social y económico, pero es iluso pensar que la prevención, muchas de las intervenciones y programas que responden a esta finalidad de prevenir enfermedades y lesiones, no dejan de ser mecanismos de transferencia de recursos de viejos a jóvenes, de pobres a ricos, de enfermos a sanos. Tampoco puede pasarse por alto el objetivo productivista de la atención sanitaria y de muchas medidas de salud pública. Justamente A. Cochrane planteaba evaluar el impacto del NHS comparando los días de baja laboral con los días de huelga.

Las emergencias en salud pública y el manejo de estas situaciones no dejan de ser de los temas más mediáticos. El tema remite en parte a la jornada del día

anterior: desde las cuarentenas y otras restricciones de movilidad en boga desde el siglo XIV (el gran siglo de la peste negra) y ejercida en algunos países ante el temor de pandemia por el síndrome respiratorio agudo severo —SARS, por sus siglas en inglés— (2002-2003) hasta la ley (orgánica) de medidas especiales en materia de salud pública que el alcalde de Barcelona esgrimió ante la epidemia de crisis asmáticas provocada por la descarga portuaria y libre de soja.

El papel es cada vez más relevante para los organismos internacionales, como la OMS, en estos casos, tanto para bien (identificación precoz del agente causal del SARS) como para no tan bien (gestión de la gripe A [H1N1]). Ante problemas que acaban siendo globales (pandemias), el papel de los foros internacionales y comités de expertos son fundamentales para analizar los problemas y debatir las medidas a tomar. Foros y comités, por otra parte, con gran conocimiento, pero con una perspectiva estrecha, dejan de lado otros aspectos (psicológicos, sociológicos, comunicativos) más allá del agente patógeno y su mecanismo de transmisión. Añádase que el público general solo ve acentuarse su temor, llegando al pánico, a medida que se van implementando intervenciones preventivas. No dejó de ser una paradoja que el colectivo médico fuera uno de los que menos se vacunó ante la temida pandemia de gripe.

Tercera sesión. Elementos y criterios para el diseño de un programa de ética y salud pública (una agenda)

Ponente: Andreu Segura

La sesión final se centró en la discusión de distintas propuestas para que la bioética forme parte de la formación y el ejercicio en salud pública. No solo se deben incluir los aspectos bioéticos en la formación especializada y másteres, sino también a nivel de las organizaciones profesionales y sociedades científicas.

Para ello es necesaria una labor de zapa que sensibilice a los distintos colectivos implicados, desde la constitución de grupos específicos, al establecimiento de foros, la elaboración de publicaciones que hagan este debate, ética y salud pública, permeable y enriquecedor. Ha de definirse una agenda y desarrollar actividades diversas para este fin, tanto contenidos de formación, un repositorio de casuística del propio contexto, como el listado de aquellos trabajos claramente seminales en este ámbito.

Informe

Juan Gervas

*Médico y profesor honorario de Salud Pública
de la Universidad Autónoma de Madrid*

El encuentro fue organizado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y la Fundación Víctor Grífols i Lucas, con el objetivo de «promover una colaboración continua entre profesionales dedicados a la salud pública y a la ética, de modo que se reconozcan las cuestiones que merecen debate y reflexión compartida y que se establezca un programa de actividades en los ámbitos de la formación de pre y posgrado y continua, en la práctica de la salud pública en el sistema sanitario, en la sociedad, y en general en el ámbito de la cultura».

Hubo tres ponentes y tres sesiones. La primera, de Ricard Meneu (Valencia), sobre aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética. La segunda, de Ildefonso Hernández (Alicante), sobre situaciones y casos prácticos de la necesaria aplicación de la bioética en salud pública. Y la tercera, de Andreu Segura (Barcelona, presidente de SESPAS), sobre los criterios necesarios para establecer un programa de actividades de ética en la formación y la práctica de la salud pública.

Incluyendo a los ponentes, hubo 19 asistentes, por invitación, filósofos, abogados, expertos en bioética, clínicos y otros; también asistió la presidenta de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, Victòria Camps (Barcelona). Entre los clínicos, hubo tres con formación y/o práctica en atención primaria (Pablo Simón, de Granada, Rogelio Altisent, de Zaragoza, y el firmante).

La dinámica fue de seminario, con debate continuo, animado y riguroso. En la primera sesión se revisó lo más importante publicado sobre ética y salud pública en el mundo, destacando los temas específicos de salud pública y cómo abordarlos. En la definición de *salud pública* el firmante defendió una visión como sistema sanitario que ofrece servicios a colectivos y poblaciones, mediante instituciones con mandato legal para cumplir objetivos de prevención (evitar la enfermedad), promoción (mejorar la salud) y protección (establecimiento de leyes, normas y reglamentos) de la salud. Por supuesto, se hace salud pública desde muchos otros ámbitos, como la escuela, la consulta o la ordenación del tráfico, pero eso es «salud pública con otras políticas, instituciones y actividades».

En todo caso, es importante tener en cuenta que los servicios sanitarios se ofrecen a los habitantes, no a los ciudadanos (el concepto de ciudadanía es

restrictivo). Hay pocas actividades de salud pública en forma de programas nacionales: de diagnóstico prenatal, diagnóstico de metabopatías y neonatal, vacunas y cáncer de mama. Por otra parte, el campo de la salud pública es dinámico, y algunas actividades pasan a otros profesionales cuando se han resuelto los problemas básicos, por ejemplo, de saneamiento de aguas residuales, o de habitabilidad de viviendas.

Se debatió en profundidad la capacidad de coacción del Estado para imponer normas de salud pública y, a veces, el sometimiento del individuo en la persecución del bien común. En Estados Unidos, la libertad individual tiene otra aceptación, muy distinta a la de Europa, como se demuestra con la tolerancia a la posesión de armas de fuego en Estados Unidos, pero de allí viene mucho de la bioética, también en salud pública, embebida en esa filosofía y cultura.

La justificación de las actividades de salud pública requiere un enorme fundamento, pues se llega a la intromisión en las elecciones y vidas personales (restricciones a la libertad de las personas en la consecución de beneficios para la población).

Naturalmente, surgió la cuestión del riesgo, de la aceptación personal y colectiva de riesgos y de la proporcionalidad de las intervenciones públicas para modificar el riesgo (y su valoración).

Hubo debate acerca de los principios de la bioética (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia) y de su adaptación a la salud pública; destacó la aceptación general del principio de precaución (sin exageración) y de la transparencia razonable (que facilite la toma de decisiones).

Se destacó la paradoja de Rose (lo que ofrece poco a los individuos puede ofrecer mucho a la colectividad... de lo que se deduce que hay que intervenir pensando en la colectividad, y eso a veces puede repugnar por lo que conlleva de «manipulación bienintencionada»). Y a la inversa, lo que ofrece mucho de bueno a la colectividad puede ser catastrófico para el individuo (por ejemplo, encefalitis por vacuna del sarampión), por lo que en estos casos se debería responder diligentemente al daño.

En muchos ejemplos, los problemas de salud pública tienen que ver con los servicios sanitarios personales, bien como colaboración beneficiosa (consejo

contra el tabaco, por ejemplo), bien por daños (la iatrogenia es hoy un problema de salud pública). Lo importante es tener claro que toda actividad sanitaria (en servicios personales y colectivos) puede producir daños, y que lo básico es *primum non nocere*.

En la segunda sesión se utilizó el debate previo para llevarlo a cuestiones más prácticas, como buen gobierno, normativas, vigilancia sanitaria, comunicación, educación sanitaria, intervenciones de prevención, emergencias e investigación. Por ejemplo, se consideró el «mundo» de las vacunas, incluyendo la experiencia en la pandemia de la gripe A¹ (Ildefonso Hernández fue director de Salud Pública en el Ministerio de Sanidad en aquellos momentos), y, de refilón, el movimiento «antivacuna», a propósito del absurdo de relacionar el autismo a la vacuna triple vírica, y al absurdo similar de exigir pruebas de causalidad cuando las vacunas hacen daño.²

También se habló de la obesidad, y el firmante insistió en su origen político, por las políticas de desarrollo geográfico y urbano, las políticas de trabajo y de localización de las industrias y servicios, de promoción del transporte privado y demás (quieren convertir la obesidad en un problema médico, sin valorar el impacto de la alimentación, y del mero hecho de comer, en lo más profundo del ser humano, que ha vivido millones de años con hambre casi permanente).

A este propósito también insistió el firmante en la falsedad de los «estilos» de vida, como si fuéramos libres para elegir, siendo en realidad «condiciones» de vida que se nos imponen (para luego convertirnos en víctimas y culpables, por no cambiar).

Por supuesto, se trataron los mundos del tabaco y del alcohol, y los problemas éticos que conlleva su manejo desde el punto de vista de la salud pública. Se puso como ejemplo al País Vasco, con su propuesta de «buen gobierno», también en salud pública.³

Hubo debate acerca de la financiación de campañas de salud pública por empresas e industrias con intereses en promocionar hábitos no saludables. A este propósito se consideró el problema de «poner en la agenda política» las cuestiones de salud pública que logran con facilidad los poderosos interesados, no las poblaciones y colectivos afectados.

Respecto a la producción de normas, reglamentos y leyes, se hizo notar la práctica de «no provocar anticuerpos», o la de evitar reacciones que lesionen intereses políticos y/o personales de los políticos. Por ello no siempre se legisla con ética, ni con lógica. El problema se puede agravar si, con el predominio de las ideas neoliberales (de derecha, y ultraderecha), se «adelgaza» más el Estado y lo público, lo que disminuirá el poder en salud pública y de defensa de la salud de colectivos y poblaciones. El objetivo sería lograr que las normas pasasen a ser códigos de conducta de profesionales y habitantes. Lamentablemente, en muchos casos la publicación de normas, reglamentos y leyes «agota» el esfuerzo y no se transforma en algo práctico.

En los cribados, como el cáncer de mama, pocos entienden que se «secuestra información», lo que lleva a sobreponderar los beneficios. Cuesta entender que, en la práctica (en Castilla y León), el programa de cribado con mamografía adelanta el diagnóstico de 1 de cada 7 cánceres de mama indolentes, y retrasa 1 de cada 9 cánceres de mama agresivos.⁴ Y que en ningún caso reduce la mortalidad en la población cribada, quizá por la mortalidad que conlleva el sobrediagnóstico y el sobretratamiento (quimio y radioterapia). A este propósito, hubo un debate interesantísimo acerca de comunicación y propaganda, y cómo se mezclan ambos conceptos especialmente en las crisis de salud pública en los «medios de formación de masas» (no de «información», en expresión de Agustín García Calvo).⁵

Se insistió en la transparencia responsable, que sabe respetar a individuos y colectividades y no secuestra información y, al tiempo, no es un ejercicio de obscenidad o imbecilidad. Lo importante no es la libertad de saber sino la igualdad de oportunidades para elegir. En todo caso, «no hacer» es una decisión tan fuerte como «hacer»; y lo que «no hagamos» lo harán otros por sus propios intereses; ello plantea profundos problemas éticos.

Respecto a la educación sanitaria, se reconocieron sus limitaciones y falta de efectividad, por comparación con la de la educación formal (obligatoria y posterior). En un comentario acertado, sobre la necesidad de «saber» se hizo notar que para algunos clínicos el simple teorema de Bayes es casi «magia», algo que se emplea de continuo pero no se sabe cómo funciona.

Hubo un punto de vista radical al considerar que los problemas de ética son consustanciales a toda intervención en salud pública. Es decir, las decisiones en salud pública son siempre expresión de valores explícitos e implícitos, en la que se resuelven conflictos éticos (muchas veces ignorándolos).

Esta sesión terminó con los problemas éticos que genera la investigación (y su ausencia) en salud pública, los problemas de la validez externa, las dificultades para pasar de la eficacia a la efectividad, y los excesos por comisión, más que por omisión.

La tercera sesión sirvió para reflexionar en torno a la necesidad de la ética, en contra del sentimiento de muchos profesionales de «¿Para qué?, si ya estoy haciendo bien lo que hay que hacer...». Sin embargo, algunas intervenciones de salud pública pueden hacer mucho daño, y no basta con la buena intención. Se habló, entre otras cuestiones, de 1) desarrollar una sección en SESPAS de ética y salud pública; 2) escribir un texto sobre formación (estudiantes y profesionales) y ética en salud pública (encargo que aceptó Rogelio Altisent, para la primera versión); 3) fomentar el comentario de publicaciones sobre ética y salud pública en Gestión Clínica y Sanitaria;⁶ 4) mantener el grupo a través del trabajo virtual (*online*) en común; y 5) fomentar la narrativa de casos de ética y salud pública (el firmante ofreció a Ildefonso Hernández tratar como tal la respuesta a la pandemia de gripe A de 2009, y fue aceptado; hay, pues, un texto en preparación). En síntesis, una excelente reunión, buen punto de partida para que la ética pase a ser parte integral de la salud pública.

Referencias bibliográficas

1. Por el virus (A/California/7/2009/H1N1). La opinión del autor se resume en el vídeo de la conferencia en la Facultad de Medicina de Oviedo, en noviembre de 2010, presentado en las Jornadas sobre «Ciencia y Marketing», de Farmacriticxs (estudiantes de Medicina) y NoGracias (profesionales sanitarios que promueven relaciones «sanas» con las industrias). Disponible en <http://timefortruth.es/general/juan-gervas-la-vacuna-de-la-gripe-no-sirve-para-nada/> (consultado el 15 de diciembre de 2011).
2. http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=23&idContenido=28272
3. http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cknoti03/es/contenidos/nota_prensa/prensasanidad224/es_ps224/adjuntos/Buen%20Gobierno%202%20de%20marzo.pdf
4. <http://www.equipoesca.org/uso-apropiado-de-recursos/abuso-de-la-prevencion-clinica-el-cribaje-del-cancer-de-mama-como-ejemplo/>
5. <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/las-crisis-de-salud-publica-en-una-sociedad-desarrollada-aciertos-y-limitaciones-en-espana-informe-sespas-2012/>
6. <http://www.iiss.es/gcs/>

Relación de participantes

Coordinador

- Andreu Segura, responsable del Área de Salud Pública del IES y presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

Ponentes

- Ricard Meneu, vicepresidente de la Fundación del Instituto de Investigación en Servicios de la Salud de Valencia.
- Ildefonso Hernández, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández.

Especialistas invitados

- Macario Alemany, profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad de Alicante.
- Rogelio Altisent, coordinador del Grupo de Investigación en Bioética del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Emili Balaguer, catedrático del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández.
- Josep M.^a Busquets, miembro del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Marc Antoni Broggi, médico cirujano y presidente del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Victòria Camps, presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- María Casado, directora del Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.
- Juan Gérvas, médico y profesor honorario de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid.

- Joan Pons, asesor científico de la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- Àngel Puyol, director del Departamento de Filosofía de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Isabel Río Sánchez, investigadora del Centro Nacional de Epidemiología (CNE), del Instituto de Salud Carlos III.
- Bernabé Robles, neurólogo y Máster en Bioética.
- Begoña Román, profesora de Ética de la Universitat de Barcelona.
- Màrius Morlans, médico y presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.
- Núria Terribas, directora del Institut Borja de Bioètica.
- Pablo Simón, profesor del Área de Ciudadanía y Ética de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación (en edición)*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*

7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS