

DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.3680>



Propósitos y desafíos de la bioética en salud pública

Pedro César Cantú-Martínez^a

Resumen: Hoy en día es pertinente llevar a cabo reflexiones sobre los distintos ámbitos de actuación del ser humano. Con esta premisa es oportuno examinar las interacciones que denotan la bioética en la salud pública, al examinar sus propósitos y los desafíos que surgen de esta vinculación. Las actividades que se realizan en la salud pública se deben reflexionar desde la bioética de acuerdo con múltiples factores diferenciados como son el género, la cultura, el orden social, aspectos económicos, entre otros. Este análisis se debe realizar teniendo en cuenta los derechos humanos para promover una bioética institucional y social.

Palabras clave: bioética; derechos humanos; determinantes sociales; salud pública; vulnerabilidad

Fecha de Recepción: 10 de septiembre de 2018

Fecha de Evaluación: 18 de octubre de 2018

Fecha de aceptación: 26 de noviembre de 2018

Publicación en Línea: 19 de diciembre de 2018

Cómo citar: Cantú-Martínez, P. C. (2019). Propósitos y desafíos de la bioética en salud pública. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(36-1). <https://doi.org/10.18359/rlbi.3680>

^a Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias Biológicas, Unidad "A", Cd. Universitaria, San Nicolás de los Garza; San Nicolás de los Garza, N.L., México.
Correo electrónico: pedro.cantum@uanl.mx
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8924-5343>

Purposes and challenges of bioethics in public health

Abstract: Nowadays it is pertinent to carry out reflections on the different fields of action of the human being. In this context it is appropriate to examine the interactions that cover bioethics in public health, considering their purposes and the challenges that arise from this linkage. The activities carried out in public health should be studied from a bioethics perspective according to multiple differentiated factors such as gender, culture, social order, economic aspects, among others. This analysis should be carried out taking into account human rights to promote sound institutional and social bioethics.

Keywords: bioethics; human rights; social determinants; public health; vulnerability

Propósitos e desafios da bioética em saúde pública

Resumo: Hoje em dia é apropriado refletir sobre os diferentes âmbitos de atuação do ser humano, nesse contexto é oportuno examinar as interações que denotam a bioética na saúde pública, ao examinar seus propósitos e os desafios que surgem dessa vinculação. As atividades que se realizam na saúde pública devem ser estudadas a partir da bioética de acordo com múltiplos fatores diferenciados como são o gênero, a cultura, a ordem social, aspectos econômicos, entre outros. Essa análise deve ser realizada tendo em conta os direitos humanos para promover uma bioética institucional e social.

Palavras-chave: bioética; direitos humanos; determinantes sociais; saúde pública; vulnerabilidade

Introducción

Santos Hernández (2003, p. 39) ha manifestado sobresalientemente que

nos hallamos hoy ante una sociedad postmoderna cada vez más desencantada, una “aldea global” que ha conseguido acortar ciertas distancias —entre terminales de computadoras y bancos de datos—, a costa de acrecentar muchas otras —entre norte y sur; poseedores y desposeídos; poderosos y dominados—.

Para encontrar la raíz de esta crisis, la situación presente demanda de manera necesaria efectuar deliberaciones en rededor de la actuación del ser humano que consienta en reconocer las distintas circunstancias sociales que conllevan a las diferentes posturas que subsisten en la práctica social, la ciencia o bien en los aspectos de experimentación biomédica (Rengifo, Vélez y Cañaverl, 2014). Es así, que todo lo que atañe a la salud y desempeño de las personas en este ámbito se ha instaurado como un tópico de suma relevancia para la ciudadanía, concretamente aquellas situaciones problemáticas que conllevan una evocación moral y con una representación de orden público, donde además es palpable una copiosa participación social (García-Rodríguez, 2004; Cantú-Martínez, 2010). Es en momentos como estos que se levanta la bioética como el campo disciplinar de orden científico que comprende “el estudio del posicionamiento del ser humano frente a las dificultades y toma de decisiones en el campo de la vida y su involucramiento con el entorno” (Cantú-Martínez, 2010, p. 11). Tal como sucede actualmente por los avances en los ámbitos de la biomedicina, el trasplante de órganos, las intervenciones en genética y neurociencias, el cambio climático, la exclusión social, por citar algunos aspectos.

Lo anterior retoma connotaciones muy distintivas cuando se transita por el ámbito social y de salud pública, particularmente si se toma en cuenta lo suscrito en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, instituida en 1948, que menciona en su artículo 25 que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Esto es, “los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada” (Yamin, Ríos y Hurtado, 2002, p. 5).

Con este principio antes mencionado se reconoce que en la salud de todo ser humano subyacen acciones y elementos de carácter socioeconómico, político y ambiental, rodeados de un marco contextual de orden cultural, que supeditan las condiciones de salud que muestran las personas y que trasciende también en la calidad de vida que estas mismas personas ostentan. Ante esto, Benach (2014, p. 20) menciona puntualmente que “todos debemos tener derecho a la salud, a alcanzar el máximo nivel de salud posible”. De esta manera, la bioética que se apoya sobre la base de los derechos humanos será una bioética que no soslaye las condiciones de la realidad, por el contrario, pretenderá la procuración de la justicia social, equidad y el ejercicio de la libertad de todas las personas, pero intentará además elevar la voz, esencialmente para garantizar la igualdad en la atención en salud.

Esta condición antes comentada permitirá aspirar y hacer referencia a relaciones humanas sustentadas en la igualdad de dignidad, donde la bioética se alce con una actitud “transformadora [que], debe buscar intervenir sobre las instituciones, los sistemas, las organizaciones, para que alcancen el nivel de justicia que la ética exige” (Pfeiffer, 2015, p. 39). Debido a que “el cuidado y la promoción de la salud, son y serán siempre prácticas sociales” (García-Rodríguez, 2004, p. 244). Por lo tanto, ante lo anteriormente argumentado se hace pertinente discurrir por la bioética y el ámbito de la salud pública, con la finalidad de examinar las interacciones y los principios que emanan de esta relación a la luz de los derechos humanos.

Marco referencial

La bioética

Desde hace décadas de manera perentoria los derechos y las normas de conducta de las personas han cobrado un alto interés en toda sociedad en el mundo, particularmente

como consecuencia de tres factores fundamentalmente. El primero es la aparición de la ética de la investigación biomédica, iniciada al terminar la primera Guerra Mundial, con el Código de Núremberg, y consolidada después con la Declaración de Helsinki [...] el segundo factor es el avance de la propia medicina [...], el tercer factor que se suma a los anteriores, es el cambio en la atención en salud. (León Correa, 2015, p. 9)

Hoy en día esto se manifiesta fehacientemente mediante el gran impulso que se ha llevado a cabo en este ámbito desde que se erigió recientemente la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos el 19 de octubre de 2005, en la Conferencia General de la Unesco que se celebró en París, Francia. Esta declaración se constituyó, de acuerdo con Garrafa, Amorim, García y Manchola (2017), en una de las contribuciones más importantes en el orbe, ya que la postura indicada en su contenido permitió superar el nicho inmutable que prevalecía hasta ese momento, que señalaba que la bioética se restringía solo a intervenir en las implicaciones que se suscitaban entre el personal de salud y los pacientes. Por lo tanto, hoy en día este documento se ha constituido en un instrumento orientador de las actividades de los individuos, colectividades, dependencias y corporaciones tanto del sector público como privado que se desenvuelven en el ámbito de la investigación tecnocientífica y sector social, y no tan solo en lo relativo a la salud.

El término de bioética como neologismo fue pronunciado en primera instancia por el médico Van Rensselaer Potter en 1971, en su obra denominada *Bioética: un puente hacia el futuro* (Lecaros, 2016). En esta obra precisa que es el “estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales” (Osset, 2000, p. 15). Ya que la “tecnociencia como actividad productora y modificadora del mundo, ha hecho perder su inocencia a la ciencia teórica pura, y ha introducido en el sistema científico la problemática ética” (Llopis Goig, 2003, p. 223).

Wilches Flórez (2011, p. 75) señala que esta novel asignatura propuesta, en palabras de Potter,

debía tener el papel de brújula que guiara las políticas públicas para conseguir el bien social. Tenía claro que la bioética como ciencia de la supervivencia debía

ser algo más que una ciencia y por eso quiso llamarla *bio-ética* para destacar dos pilares básicos sobre los que debía fundamentarse: conocimiento científico (dirigido por la biología) y los elementos de las ciencias sociales y humanidades.

En esta nueva ética potteriana se conjugan todos los elementos que dan fundamento al impulso de una nueva calidad de vida, donde se amalgaman los aspectos científico-experimentales y los componentes humanísticos, con la finalidad de que nos encaminen a una continuidad como sociedad. Sin embargo, en acuerdo con Lecaros (2016, p. 4), este señala:

cuando la bioética se institucionaliza como disciplina y discurso, entre las décadas de 1970 y 1980 [...] la agenda de la bioética estuvo dominada por la ética clínica y la ética de la investigación con un enfoque ético individual propio de la ética médica. Una expresión muy clara de este predominio lo constituye el texto que por mucho tiempo ha sido el canon de la bioética: *Principles of Biomedical Ethics* (1979) de Tom Beauchamp y James Childress.

No obstante, este desvío fundacional a las preocupaciones de Potter y de su gran aporte, la bioética, solo parece ratificar lo que otros autores han señalado, al indicar que la bioética viene a concretar el interés y la preocupación de carácter social donde se ha visto implicada la esfera de lo moral en las distintas dimensiones del ejercicio cotidiano del ser humano (Acevedo, 2011; Rawls, 2012; Cantú-Martínez, 2015). Es decir, la bioética se ha constituido en el escenario de carácter dialéctico —consensos y disensos— para encontrar la resolución de muchos de los conflictos que emanan de las conductas que como sociedad ejercemos, y no tan solo de aquellas que resultan de la práctica en la medicina, técnicas biomédicas o investigaciones de carácter genético.

Ante esto, subsisten distintas aristas en cuanto al abordaje de la bioética, sin embargo, se reconocen tres principalmente conforme a León Correa (1995), primero en lo concerniente a considerarla como un punto de reflexión en el ámbito de la investigación, segundo, como un procedimiento de examinación que apoye a la sociedad en la toma de decisiones y finalmente, como tercer punto, como una guía normativa de la actuación humana.

Esto toma suma relevancia acorde con Kottow y Medina (2015, p. 19), que indican que el “pluralismo que celebramos tiene altos costos: aleja los acuerdos, enardece debates y discusiones, dificulta el lenguaje normativo que no puede faltar en sociedad ordenada, más obliga a repensarlo”. Por ello, la bioética transita hacia una condición de civilidad, que garantice la armonía y convivencia social en general, sostenida en las condiciones de racionalidad, laicidad y humanismo. “Centrada en considerar como moralmente relevantes la interdependencia entre la calidad de vida humana individual y colectiva, los intereses sociales y políticos, y la integridad del medioambiente” (Lecaros, 2016, p. 7).

Por esta razón, la bioética se yergue como un bastión de carácter social al someter la realidad a una exhaustiva examinación, dejando de lado la erudición y el pensamiento únicamente teorizante para recrear de forma cercana la realidad de las prácticas sociales que conllevan por lo general una influencia hondamente disímil en la sociedad; como suele suceder al soslayar las necesidades de un gran número de población, por sufragar el anhelo de unos cuantos. Por ello, la bioética no es una conceptualización, ya que el insumo sobre el que trabaja es la realidad —capturada en tiempo y espacio— donde se conjugan los distintos escenarios del vivir cotidiano de los seres humanos. Es así que la bioética se sustenta de forma categórica en los hechos, apoyada en principios y reglas que sistematizan y recaban las evidencias segmento por segmento, de manera interdependiente y vinculada, con apego minucioso y racional, donde contemplan dos preceptos de orden cardinal como es el respeto a la vida humana y el fundamento de autodeterminación que le es inmanente a toda persona (Durand, 1992; León Correa, 1995).

Si contemplamos la bioética en esta perspectiva que hemos descrito, la misma trata de esclarecer la forma en que nos incumbe “lograr un modo de vida en que aceptemos que no podemos evitar estar con otros, vivir con otros, depender de otros que son diferentes” (Pfeiffer, 2015, p. 34). En otras palabras, coexistimos comprometidos con nuestro convivir y por lo tanto nuestra responsabilidad personal se materializa frente a los demás seres humanos y la naturaleza, como una responsabilidad social de

proceder solidario. Esta actitud orientadora de la bioética en la sociedad es la que nos encamina a la justicia social, para superar la disociación, rechazo y la miseria, que se manifiesta en una injusticia social excluyente, segmentada y con muchas asimetrías (Pérez de Nucci, 2015). La persistencia de estas desigualdades hoy en día da por origen una actuación social que esquiva la carta de los derechos humanos y bioética, quedando esta en un simple discurso infructuoso, que tiene por expresión tácita los hechos explícitos de su incumplimiento.

Por lo tanto, la crisis existente actualmente, siguiendo los postulados de Potter, demanda

la comprensión de la naturaleza humana en su conjunto y de sus relaciones con el mundo circundante a fin de crear una sabiduría que enseñe cómo usar el gran conocimiento que ha ido adquiriendo el ser humano para que sea posible construir un puente hacia el futuro. (Wilches Flórez, 2003, p. 74)

Esto es, la bioética debe permitirnos como disciplina esclarecer las posturas existentes de cómo se construye la realidad y qué valores morales subyacen en los procesos de comprensión y edificación de las decisiones que emanan de los consensos y disensos socioculturales, y de cuyas consecuencias se desprenden diferencias morales estructurales que promueven las inequidades y asincronías sociales (Tristram Engelhardt, 1995; Hottos, 2007). Por lo tanto, la bioética en esta parte es definitivamente trascendental, ya que las mayúsculas eventualidades que afronta el ser humano en diferentes esferas de orden económico, social, ambiental y de salud deben ser examinadas “desde las miradas de las diversas áreas del conocimiento, buscando una convergencia de relación ética de todos los saberes en torno al cuidado de la vida” (Wilches Flórez, 2003, p. 82).

Ámbito de la salud pública

López Moreno y González Morgado (2015, p. 55) mencionan que el ámbito de la salud pública como conocimiento

surge probablemente desde el nacimiento de las primeras culturas —particularmente las civilizaciones egipcia, india, griega y romana— pero es reconocida propiamente como profesión hasta mediados del siglo XIX, como consecuencia de la revolución industrial,

la industrialización acelerada, la aparición de la medicina científica y el surgimiento del movimiento sanitarista europeo.

Por ello, la complejidad de las problemáticas que hoy ostentamos —en el mundo— es bastante complicada. Esencialmente, esto aumenta cuando desde la perspectiva del binomio salud-enfermedad esta relación está supeditada tanto a componentes sociales como individuales que inciden en la frecuencia de factores de riesgo a los que se expone el ser humano, por esto

la salud [y enfermedad] es un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos, donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas. (Alcántara, 2008, p. 95)

Por lo cual, el estado de salud-enfermedad se constituye en un hecho social que se caracteriza por la forma de incidir desde las prácticas sociales y las creencias que en derredor de esta condición subsisten y además actúan sobre un gran núcleo de personas (Durkheim, 1986). Por tanto, ¿cuál es el propósito de la salud pública? Fundamentalmente la salud pública tiene como principales acciones el prevenir la enfermedad, promover y conservar la salud de la comunidad, es así que se centra en lo que podemos denominar salud colectiva (Cantú-Martínez, 2007). La cual cambia con los procesos históricos preexistentes, como también debido a las estrechas relaciones que emanan de las políticas económicas, sociales y del cuerpo de ideas prevaletente de lo que se puede catalogar como saludable (González, 2007).

La salud pública toma gran relevancia cuando desde la configuración de la procuración de la salud de una sociedad subsisten acciones que con carácter personal son útiles, pero desde una posición colectiva no tienen un impacto similar. Esto es obra de las prácticas de vida de cada sociedad, de las condiciones de vida en las que subsisten los grupos que constituyen el colectivo social y finalmente por los distintos estilos de vida que particularmente poseen los miembros de cada sociedad (Egea y Martín, 2008). ¿Qué es entonces la salud pública? Para ello podemos recurrir a la conceptualización operativa que realiza Puyol (2014, p. 15), al indicar que

podemos definir la salud pública como los esfuerzos de una sociedad, en su conjunto, para mejorar la salud de la población y prevenir las enfermedades [...] dentro de una perspectiva más política, como todo aquello que, como sociedad, realizamos colectivamente para asegurar las condiciones en las cuales la gente puede estar sana.

Por este motivo, Cantú-Martínez (2007, p. 52), concibe la salud pública como un “proceso en formación continua, sin concreción posible, con la añadidura de ideas, concepciones, prácticas y contribuciones científicas”, donde es perceptible que su marco referencial de actuación es muy superior al de otras disciplinas que confluyen como las ciencias biológicas, sociales, económicas y de la misma medicina. En este sentido, Navarro (1998, p. 49) indica que

las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y lo psicológico, sino también en las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc.

El campo de las acciones llevadas a cabo en la salud pública, por ende, sobrepasan los términos de actuación que atañen exclusivamente a los servicios coordinados de salud y consiguen ser tan amplios como el ámbito que representan todas las prácticas humanas.

Por consiguiente, la salud pública conlleva una responsabilidad de orden social sobre la salud de las personas, y, concordando con Linares-Pérez y López-Arellano (2008) como también Lobato (2010), tiene entre sus propósitos terminar con las desigualdades e inequidades injustas en materia de la salud. En términos de Sen (2002), esta justicia social en salud tiene que ver con un esquema de carácter multidimensional que está vinculado a particularidades relacionadas como el derecho y capacidades de las personas, es decir, subsiste una responsabilidad implícita que lleva también a detener eventos considerados como problemáticas sociales, entre estos se cuentan la pobreza y las hambrunas, que atentan contra la salud colectiva. Mientras Whitehead (2000) advierte que esta justicia social involucra que todas las personas tengan una oportunidad coyuntural para desarrollar

plenamente el potencial de su salud y ninguna debe hallarse en desventaja frente a otra.

Es así que desde este posicionamiento de la salud pública, la salud colectiva “se aborda a partir de la (re)construcción/comprensión de lo social, sus procesos determinantes y mediadores y tiene expresiones tanto en los procesos de salud/enfermedad, como en los procesos de atención/cuidado” (Linares-Pérez y López Arellano, p. 254). En ello se observa el binomio de salud-enfermedad, “como un hecho colectivo en su doble dimensión social-biológica, las interpretaciones sobre éste y las respuestas socialmente producidas para modificarlo”, como lo mencionan López-Arellano y Blanco-Gil (1994, p. 374). Con este punto de vista, se puede construir una línea de pensamiento donde los aspectos de orden social confluyen y determinan el estado de salud-enfermedad de una comunidad con un carácter histórico.

Debemos recordar lo que Frenk (1992) pronunció, al advertir que es en la salud de las personas que concurren tanto los aspectos biológicos como sociales que supeditan esta, así también la salud es ejemplo de lo que sucede en lo personal como en lo colectivamente social, y además en la salud se manifiesta la resultante de la aplicación de las políticas públicas que en el marco del desempeño se ejecutan en el ámbito socioeconómico. Es en estos términos que el estado de salud-enfermedad mantiene un estrecho vínculo con la sociedad y, por lo tanto, no solo se deben llevar a cabo intervenciones de carácter clínico-médico, sino que deben involucrarse además cambios de orden social para reorientar procesos bioculturales, sobre los cuales se pueda edificar un nuevo pensamiento que conlleve a nuevas prácticas, condiciones y estilo de vida de las personas.

Por lo anterior, es que damos cuenta de que el ser humano no posee un entorno, sino un mundo edificado en el que subsisten procesos de construcción, desconstrucción y reconstrucción, donde los fenómenos sociales se alzan, como es el caso del estado de salud-enfermedad (Quevedo y Hernández, 1994). Este binomio de salud-enfermedad se ostenta “independientemente de que se les considere como situaciones que requieren cuidado o atención, es decir que se interpretan —socialmente— como

necesidades de salud” (López-Arellano y Blanco-Gil, 1994, p. 379); y cuando subsisten discrepancias en salud, a la luz de la salud pública, es de admitir que tras estas diferencias subyacen incomprensibles anomalías en las condiciones de organización de la sociedad, como también surgen relaciones diferenciadas de poder entre las distintas agrupaciones sociales que forman el colectivo social, que muestran un escenario de “enfermedad, injusticia, no desarrollo y desigualdad” (Cantú-Martínez, 2007, p. 54).

Bioética y salud pública

Recientemente, Mendieta-Izquierdo y Cuevas-Silva (2017) han mencionado que las disposiciones que se realizan en el ámbito de la planificación, la atención en salud y la asistencia sanitaria se deben reflexionar a la luz de los preceptos de la bioética. Debido a que en estas esferas los elementos que emergen son múltiples y diferenciados; como son el género, la cultura, los aspectos contextuales como los de orden social y económicos, se hace pertinente ostentar una nueva visión de análisis desde las perspectivas de los determinantes sociales y la incorporación de los derechos humanos. En esta línea discursiva, en estos últimos años León Correa (2009, p. 71) ha señalado que

estamos en los comienzos de la difusión y aplicación de la bioética clínica, en el ámbito académico y en el clínico, con el desarrollo legislativo de los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud, y la institucionalización de los comités de ética en los hospitales. Pero es necesario desarrollar y promover una bioética institucional y social.

Por otra parte, Narro-Robles, Rodríguez-Domínguez, Viesca-Treviño y Abreu-Hernández (2004, p. 664) comentan que dada la “vinculación con la salud, la ética ha transitado del terreno especulativo, al campo de las decisiones en salud y ha adquirido un carácter fáctico indudable”, particularmente esto es evidente en el ámbito de la salud pública, donde se realizan acciones organizadas socialmente con la finalidad de resguardar y mejorar la salud de una población. Desde esta perspectiva las instituciones asistenciales y gubernamentales se esfuerzan por lograr el mayor bienestar para las personas, dado que se ha reconocido que muchas problemáticas de carácter bioético en

salud no provienen solamente de la relación que se sucede entre el personal de salud y el paciente, sino también estas se desprenden de eventualidades de orden institucional y aquellas otras que se bosquejan por las políticas y capacidades de los propios sistemas de salud (León Correa, 2009).

En este último aspecto, referente a los sistemas de salud, muchas de sus acciones inciden a través de la salud pública que conlleva tres niveles de actuación como lo señala Asua Batarrita (1998), en primera instancia a nivel macrosistema, que involucra la planificación y políticas de salud, en segundo término, a nivel mesosistema, que conlleva la gestión y desarrollo de programas sanitarios y, finalmente, a nivel de microsistema, que comprende las actuaciones diarias al asumir decisiones clínicas con los pacientes. Ciertamente, estas actividades están fuertemente relacionadas con la calidad de vida de las personas.

Podemos subrayar, en relación con los tres niveles de desempeño de la salud pública que argumentamos anteriormente, que la salud de las personas es sistémica, donde subsisten variables objetivas y mensurables, que hoy en día se suman a los nuevos redimensionamientos y preceptos que impulsan los derechos humanos en el marco de la dignidad y la solidaridad humana. Los cuales deben prevalecer y privilegiarse en toda comunidad. Desde este punto de vista Lolas y Outomuro (2006) comentan que entre los elementos a considerar, además se encuentran la autodeterminación, la libertad de elegir, la justicia, la equidad, la privacidad y la confidencialidad.

Es en estos momentos decisivos de la salud pública que acoge la articulación de todos los procesos instrumentales, tanto legales, administrativos como técnicos, para privilegiar los derechos individuales y colectivos que les son inmanentes a todo ser humano. Por ejemplo, las intervenciones y las “investigaciones en comunidades son aceptables cuando el beneficio esperado para éstas esté razonablemente asegurado y cuando los estudios anteriores efectuados en pequeña escala determinen la ausencia de riesgos” (Maya Mejía, 2001, p. 17). En este sentido, Petrini y Gainotti (2008) mencionan que las principales dificultades que afronta la bioética en la salud pública, bajo este nuevo orden, pueden estar

interconectadas en primera instancia con la adaptación de los principios éticos al ámbito de la salud pública, en segundo término, en lo relacionado con el respeto y protección de las personas desde una esfera colectiva y, en tercer lugar, que las intervenciones de salud pública son fundamentalmente comunitarias y se centran primordialmente en las acciones y no en los valores que ostentan las personas.

La Organización Panamericana de la Salud (2017, p. 11) reconoce que mediante las actuaciones de vigilancia en salud pública se puede vulnerar la privacidad de las personas y además coartar los derechos y libertades civiles que le son inherentes, como sucede cuando se divulga el cumplir

una cuarentena obligatoria, aislamiento o embargo de la propiedad durante una epidemia. Cuando la vigilancia incluye la notificación basada en nombres (es decir, informar por nombre), y si la población está al tanto de ello, puede generar una profunda inquietud por razones de intrusión en la privacidad, discriminación y estigmatización.

Lo anterior se ha suscitado en algunas naciones en la vigilancia realizada a grupos de población con VIH/sida, sexoservidoras, consumidores de drogas, con enfermedades de origen zoonótico, migrantes con tuberculosis, malaria, entre otros acontecimientos. Por lo cual el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (1991, p. 21) se pronunció al indicar que era necesario que “en situaciones de emergencia ante el brote de una enfermedad, la vigilancia debía estar exenta de revisión y supervisión ética”, situación que sopesó posteriormente el Consejo de Nuffield de Bioética cuando señaló de la inevitabilidad de emitir juicios éticos con el propósito de limitar las actuaciones de la vigilancia en salud pública (Nuffield Council on Bioethics, 2007). Por lo tanto, la situación dilemática que se exterioriza en la vigilancia en salud pública es respetar los derechos humanos de las personas y las responsabilidades que involucran los propios actos de esta vigilancia (Krebs, 2008). Ya que, recordemos, los derechos humanos, de acuerdo con Pérez (2004), compendian la dignidad, la libertad y la igualdad humana. En términos de Kottow y Medina (2015, p. 18), estos autores señalan que la “relación inicial entre la bioética y salud pública fue vista como un diálogo, entorpecido por la diferencia

entre la orientación individualista de la bioética y el enfoque poblacional de la salud pública”. Con ello queda bastante claro que en el ámbito de la salud pública se requiere el restablecimiento de una bioética cuidadosamente concebida, que la aproxime a las problemáticas sociales subsistentes. En este terreno, Vélez Correa (1995, p. 94) menciona que

difícilmente un sistema de salud puede dar a todos sus usuarios los servicios que necesitan en cualquier momento. El dilema ético aparece cuando se debe escoger a quién negárselos aunque tenga derecho. Esto es lo que se llama racionalización de recursos.

¿Es justificable esta actuación de racionalización desde el punto de vista institucional? ¿Qué sucede cuando esta racionalización se extiende a los ámbitos de beneficio social y capacidad económica de los usuarios? Sin duda y lamentablemente, si nos referimos a la racionalización de recursos, no se puede expresar una condición de igualdad para todos. Por lo tanto, la sociedad continúa esbozando indecorosas desigualdades y prejuicios de carácter socioeconómicos en la atención en salud (López Moreno y González Morgado, 2015). Un ejemplo de ello sucede cuando se impone un cuadro básico de medicamentos —como pasa en México— con la finalidad de resolver la problemática de enfermedad y recuperar la salud en el primer nivel de atención en un grupo de derechohabientes, y solo acentúa que unos cuantos o distinguidos derechohabientes serán los que reciban atención más especializada al requerir esta, y a otros se les negará, por distintas arbitrariedades administrativas, sociales y económicas.

Por otra parte, prevalece en los sistemas de salud la idea de que muchas de las problemáticas de salud que están presentes en la colectividad social son debidas a los estilos de vida de las personas, que sumariamente concentran las elecciones voluntarias de cada individuo; que desde la perspectiva centrada en las propias personas refleja una concepción de lo que meditan estas como una buena vida. Sin embargo, Galán (2018) lanza una pregunta punzante que conmina a la reflexión. ¿Son los estilos de vida opciones legítimamente voluntarias? O bien, es el resultado de una mala práctica social de los procesos del sistema de salud, como se muestra en México, que permite actuaciones irresponsables

socialmente, que favorecen a las grandes empresas, como las productoras de bebidas alcohólicas, donde ante la complacencia de las propias autoridades sanitarias, se promueve una campaña de conductor designado, que consiste en dirigir su mensaje principalmente al segmento de los jóvenes, para no manejar bajo las influencias del alcohol. No obstante, lo que está subliminalmente en este último mensaje es que en un grupo de jóvenes uno de ellos no debe beber, mientras que el resto —con permisividad social y de las autoridades sanitarias— puede abusar y estar bajo los efectos nocivos del alcohol. ¿Esto es promoción y fomento a la salud?

Lo mismo irrumpe cuando en eventos deportivos televisados masivamente se relaciona la bebida alcohólica con el evento deportivo, lo cual promueve su consumo y se incluyen imágenes de las marcas, popularizando las leyendas ostensiblemente mediante las vestimentas de los propios deportistas, lo cual acoge una doble moral. ¿Deporte promovido por las empresas de bebidas alcohólicas? En México, esto puede estar supeditado a la permisividad de las autoridades sanitarias en acuerdo con el artículo 31 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, que indica que las “empresas productoras o distribuidoras de bebidas de contenido alcohólico bajo podrán patrocinar actividades deportivas”. Aunado a esto, debe tenerse en cuenta que las bebidas alcohólicas —no obstante su bajo, medio o alto contenido alcohólico— son fundamentalmente drogas de adición (Moreno García y Cantú-Martínez, 2002), que promueven dependencia y daños a quien las consumen, pero de igual manera quedan expuestas todas las personas de sufrir daños por los eventos catastróficos que el alcohol provoca y en el que estas se ven involucradas, razón por la cual se le considera un problema de salud pública.

Ante lo anteriormente expuesto, podríamos sentenciar el siguiente epígrafe: que no todo lo legal es correcto, y no todo lo correcto es legal; esto ante la reflexión bioética de las expresiones de la vida y la salud de las personas. Como se percibe, las políticas en salud trascienden más allá de los propios servicios de salud, involucrando a las “organizaciones públicas, privadas o voluntarias que tienen impacto en la salud” (Sánchez, 2018, p. 8).

Con lo antepuesto, se confirma la aseveración de Penchaszadeh (2018), quien señala que las eventualidades y los dilemas de la salud pública estuvieron y siguen estando ausentes o ignorados del discurso bioético actual.

No obstante los apremios que confronta la bioética en el tema de la salud colectiva, esta explora a través de la salud pública cómo trascender, particularmente al examinar los escenarios estructurales que pueden suscitar o entorpecer el desarrollo de una sociedad saludable, como lo menciona Kass (2004). Entre estos elementos estructurales que aborda la bioética en el campo de la salud pública, según Coleman, Bouésseau y Reis (2008), encontramos: a) las asimetrías en el estado en la atención en salud y su relación con el estado de salud enfermedad, b) la capacidad de contestación por las instituciones para dar respuesta a las amenazas que surgen de la propagación de enfermedades infecciosas, c) la suficiencia administrativa y técnica para la aplicación de normas en salud, d) la vulnerabilidad y utilización de personas en naciones subdesarrolladas en el ámbito de la experimentación en salud, venta y compra de órganos, entre otros aspectos, e) la interferencia por las acciones de promoción de la salud ejecutadas en los programas de salud pública en la toma de decisiones particulares, f) la transparencia y responsabilidad en la toma de disposiciones en la atención sanitaria y en el campo de la investigación en salud.

Por ello, Penchaszadeh (2018, p. 7) menciona que los principales problemas que debe enfrentar la salud pública para mantener y mejorar los niveles de salud de las poblaciones están más relacionados con determinantes sociales y problemas estructurales de orden político y económico, que con factores biológicos”.

De esta manera, la solución de los problemas bioéticos en la salud pública se resolverán, además de contar con los análisis bioéticos pertinentes, con acciones que se traduzcan en reducir las brechas estructurales que lleven a una justicia y equidad social cada vez más igualitaria entre todas las personas. Como se tipifica en el artículo 14 en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de Unesco (2005), que indica que todo progreso en la sociedad debe contribuir a la equidad, justicia social

y derechos humanos, y, agregaríamos, comprometida con la salud pública, y que al detalle impulsa y fomenta:

- El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.
 - El acceso a alimentación y agua adecuadas.
 - La mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente.
 - La supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo.
 - Y la reducción de la pobreza y el analfabetismo.
- En otras palabras, como señala Van Rompaey (2009, p. 501),

los profesionales de la salud no solo tienen la responsabilidad de respetar los derechos humanos a la hora de formular políticas, programas y prácticas de salud pública, sino también, desde su posición como trabajadores de la salud, la de contribuir activamente a la realización social de estos derechos.

Como se observa, la salud pública de manera general plantea un desafío a la bioética, particularmente cuando ya se ha demostrado por Schramm y Kottow (2001) la inaplicabilidad del modelo principialista en la problemática de salud pública. Recordemos que este modelo prevalece hegemónicamente posicionado en la bioética clínica. Por esto, la bioética con perspectiva social se vuelve sumamente importante cuando se observa una mayor carga de padecimientos en poblaciones con condiciones o situaciones sociales y económicas deficitarias, que los exponen a un mayor riesgo social, psicológico y físico, colocándolos en un estado permanente de vulnerabilidad (Páez Moreno, 2017).

Por lo antes comentado, y en acuerdo con Darras (2004, p. 230), es conveniente observar

las relaciones entre bioética y salud pública, en un enriquecimiento mutuo. En un sentido, la bioética trae consigo un contenido y un modelo. El primero se refiere a los valores centrales que va identificando; el segundo, al proceso de debate abierto y contradictorio que promueve [por las actuaciones en salud pública].

Conclusiones

Esta grave dificultad imperante en la bioética para manifestarse adecuadamente en el ámbito de la salud pública suele deberse, en primer término, a la condición de considerar que los aspectos de vulnerabilidad sobrevienen de manera individual y de forma aislada, como se advierte en el modelo biomédico, y, en segundo término, a la falta de conocimiento o a la negación de que la vulnerabilidad social prevaleciente es producto de las

causas detrás de las causas o los llamados determinantes sociales de la salud, es decir aquellos causantes que ocasionan que una población sea vulnerable: desigualdad en el ingreso, falta de acceso a la educación, a la atención de la salud, etc. (Páez Moreno, 2017, p. 3)

A esta vulnerabilidad social, en acuerdo con Loureiro (2017), se le denomina también como fragilidad acrecentada, donde lo relevante son las condiciones sociales subsistentes en las que se desenvuelve un grupo de personas o una de ellas, por lo cual, la salud es un bien de carácter personal, pero también de orden comunitario. Esto no es reciente, ya en el siglo XIX, con el surgimiento de la medicina social, Rudolf Virchow expresó “abiertamente que las causas o determinantes de las enfermedades o epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre” (Casas Amado, 2009, p. 16).

De esta manera, en la esfera de la salud pública no basta con procurar y hacer conservar la salud de las personas, sino además debe ocuparse de los problemas de carácter socioambiental, que deben contar con resoluciones razonables y garantizadas, con la finalidad de proveer una calidad de vida, que conlleve a una satisfacción tanto individual como colectiva, donde es manifiesta la obligación de las estructuras gubernamentales procurarla sin distingos sociales, como son los de carácter económico, étnico, cultural, social, político, religioso, entre otros rubros; es así que la bioética tendrá que aventurarse a tomar una posición más apegada a la realidad de las problemáticas en salud de carácter colectivo. Mientras tanto, como indica Hanlon (2014, p. 13),

soñamos con una época en que no habrá sufrimientos innecesarios ni muertes prematuras; en que el bienestar [...] será nuestra más alta preocupación; en que la

humanidad y la compasión sustituirán a la codicia y al egoísmo, y soñamos con que tales cosas se realicen gracias a la sabiduría humana [y la racionalidad ejercida mediante la bioética].

Referencias

- Acevedo, A. (2011). *Tolerancia, cultura, democracia y otros ensayos*. Bucaramanga: Hoja de Hierba.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sciens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Asua Batarrita, J. (1998). Ética y evaluación de las tecnologías sanitarias. En: M.M. García Calvente (Ed.), *Ética y salud* (pp. 39-50). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Benach, J. (2014). La salud de todos y sus causas. La salud pública, la equidad y sus causas: ¿de qué depende nuestra salud? En: Prosalus y Cruz Roja Española (Eds.), *Comprendiendo el derecho humano a la salud* (pp. 19-30). España: Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo.
- Cantú-Martínez, P.C. (2007). *El cometido de la salud pública*. México. Ed. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cantú-Martínez, P.C. (2010). Bioética en la Investigación en Salud Pública. En P.C. Cantú-Martínez (Ed.), *Evaluación bioética de la investigación en salud* (pp. 11-23). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cantú-Martínez, P.C. (2015). *Bioética e investigación en salud*. México: Ed. Trillas.
- Casas Amado, L.F. (2009). *Un puente entre bioética y promoción de la salud: una opción para el cuidado de la vida*. (Trabajo de grado). Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
- Coleman, C.H., Bouésseau, M.Ch. & Reis, A. (2008). The contribution of ethics to public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), 578-579.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (1991). *Pautas internacionales para la revisión ética de estudios epidemiológicos*. Ginebra. CIOMS. Recuperado de: goo.gl/pCAhEe
- Darras, C. (2004). *Bioética y salud pública: al cruce de los caminos*. *Acta Bioethica*, 10(2), 227-233.
- Durand, G. (1992). *La bioética. Naturaleza, principios, opciones*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Durkheim, E. (1986). *Las reglas del método sociológico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Egea, J. A. y Martín, M. (2008). *Medicina preventiva y salud pública y comunitaria*. Murcia: Universidad de Murcia-Facultad de Medicina.

- Frenk, J. (1992). La nueva salud pública. En: Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate* (pp. 75-94). Washington: OPS.
- Galán, J.M. (2018). Salud pública y nuevos derechos individuales a la salud: entre la utopía y la realidad. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 7, 1-16.
- García-Rodríguez, J.F. (2004). Bioética, Salud Pública y Tecnología Médica. *Salud en Tabasco*, 10(2), 243-248.
- Garrafa, V. Amorim, K., García, T. & Manchola, C. (2017). *Bioética e vigilância sanitária*, 18(1), 121-139.
- González, E.R. (2007). La salud pública como campo transdisciplinar. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 71-77.
- Hanlon, J.J. (2014). La filosofía de la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 1-15.
- Hottois, G. (2007). *¿Qué es la bioética?* Bogotá. Universidad del Bosque.
- Kass, N.E. (2004). Public health ethics: from foundations and frameworks to justice and global public health. *J Law Med Ethics*, 32, 232-238.
- Kottow, M. y Medina, S. (2015). Vinculación entre bioética y salud pública En: F.J. León Correa & P. Sorokin (Coords.), *Bioética y salud pública en y para América Latina* (pp. 17-22). Santiago de Chile. Felaibe.
- Krebs, J. (2008). The importance of public-health ethics. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), 579.
- Lecaros, J.A. (2016). La bioética global y la ética de la responsabilidad: una mirada fenomenológica a los orígenes y a los desafíos para el futuro. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 1, 1-13.
- León Correa, F.J. (1995). Dignidad humana, libertad y bioética. *Ars Brevis*, 1, 103-124.
- León Correa, F.J. (2009). Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica*, 15(1), 70-78.
- León Correa, F.J. (2015). Introducción bioética, deliberación y salud pública. En: F.J. León Correa y P. Sorokin (Coords.), *Bioética y salud pública en y para América Latina* (pp. 9-16). Santiago de Chile. Felaibe.
- Linares-Pérez, N. y López-Arellano, O. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3(3), 247-259.
- Lobato, S. (2010). Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. *Investigación y Ciencia*, 18(48), 52-55.
- Llopis Goig, R. (2003). La bioética como tercera cultura. Un análisis desde la sociología de la ciencia. *Cuadernos de Bioética*, 14(51-52), 217-227.
- Lolas, F. & Outomuro, D. (2006). Bioética y salud pública. En: F. Lolas, A. Quezada & E. Rodríguez (Eds.), *Investigación en salud. Dimensión ética* (pp.103-115). Chile. CIEB-Universidad de Chile.
- López-Arellano, O. y Blanco-Gil, J. (1994). Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Pública de México*, 36:374-384.
- López Moreno, S. y González Morgado, A.B. (2015). "Ética y salud pública". En: M.G. de Ortúzar, C. Netzahualcóyotl Cardoso, S. López Moreno, A.B. González Morgado et al. (Eds.), *Ensayos sobre ética de la salud. Aspectos sociales* (pp. 51-62). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Maya Mejía, J.M. (2001). Ética en investigación biomédica y del comportamiento. *Revista CES Medicina*, 15(2), 9-20.
- Mendieta-Izquierdo, G. y Cuevas-Silva, J.M. (2017). Bioética de la salud pública. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(2), 1-5.
- Moreno García, D. y Cantú-Martínez, P.C. (2002). La adición como vía para la adicción. *RESPYN, Revista Salud Pública y Nutrición*, 3(1), 1-5.
- Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Narro-Robles, J., Rodríguez-Domínguez, J., Viesca-Treviño, C. y Abreu-Hernández, L.F. (2004). Ética y salud. Retos y reflexiones. *Gac Méd Méx*, 140(6), 661-666.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En F. Martínez, P.L. Castellanos y V. Navarro (Coords.), *Salud Pública* (pp. 49-54). México: Ed. Mc Graw-Hill.
- Nuffield Council on Bioethics (2007). Public Health: ethical issues. London: NCB. Recuperado de <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Public-health-ethical-issues.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Pautas de la oms sobre la ética en la vigilancia de la salud pública. Washington: oms/ops.
- Osset, M. (2000). *Ingeniería genética y derechos humanos: legislación y ética ante el reto de los avances biotecnológicos*. Barcelona: Icaria-Antrazyt.
- Páez Moreno, R. (2017). La vulnerabilidad social en la bioética. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 5, 1-14.
- Penchaszadeh, V. (2018). Bioética y salud pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 7, 1-15.
- Pérez, A. (2004). *Los derechos fundamentales*. Madrid. Editorial Tecnos.
- Perez de Nucci, A.M. (2015). La bioética social frente a la pobreza y a los grupos vulnerables. En: F.J. León Correa y P. Sorokin (Coords.), *Bioética y salud pública en y para América Latina* (pp. 40-53). Santiago de Chile. Felaibe.

- Petrini, C. & Gainotti, S. (2008). A personalist approach to public-health ethics. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), 624-629.
- Pfeiffer, M. L. (2015). El enfoque de los derechos humanos para la bioética. En: F. J. León Correa y P. Sorokin (Coords.), *Bioética y salud pública en y para América Latina* (pp. 34-39). Santiago de Chile. Felaibe.
- Puyol, A. (2014). Ética y salud pública. *Dilemata*, 6(15), 15-22.
- Quevedo, E. y Hernández, M. (1994). La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia. En: M. I. Rodríguez (Coord.), *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud* (pp. 13-34). Washington. Organización Panamericana de la Salud.
- Rawls, J. (2012). *Teoría de la justicia*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MP.pdf
- Rengifo, C. A., Vélez, B. y Cañaveral, D. C. (2014). Ética y bioética: algunas de sus implicaciones en el entramado social. *Producción + Limpia*, 9(2), 118-125.
- Sánchez, D. M. (2018). Conocimiento de las implicancias éticas de las medidas de salud pública por parte de los tomadores de decisión del Ministerio de Salud Pública de Uruguay. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 7, 1-18.
- Santos Hernández, A. M. (2003). Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. *Cuadernos de Bioética*, 14(50), 39-60.
- Schramm, F. R. y Kottow, M. (2001). Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4), 949-956.
- Sen A. (2002) ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6):302-309.
- Tristram Engelhardt, H. (1995). *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona. Editorial Paidós.
- Unesco (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://bit.ly/19wMRYn>
- Van Rompaey, K. (2009). Salud global y derechos humanos: propiedad intelectual, derecho a la salud y acceso a los medicamentos. *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano*, 15, 497-522.
- Vélez Correa, L. A. (1995). Economía y ética en la prestación de los servicios de salud. *Revista CES Medicina*, 9(1), 93-98.
- Wilches Flórez, A. M. (2003). La Propuesta Bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas. *Después. Opción*, 27(66), 70-84.
- Whitehead, M. (2000). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen. World Health Organization.
- Yamín, A., Ríos, M. y Hurtado, R. (2002). Conceptos básicos: derechos humanos y salud pública. En: Consorcio de Investigación Económica y Social, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Asociación Pro Derechos Humanos (Eds.), *Derechos humanos y salud: vinculando dos perspectivas* (pp. 5-42). Lima. CIES.

