

**ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA SALUD DE LAS POBLACIONES**

Presentado por: Camilo Alejandro Correal Muñoz

Asesor: Pablo Arango

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**Faculta de Medicina**

**Especialización en Bioética**

**Chía, noviembre de 2010**

## ***TABLA DE CONTENIDO***

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	3
PROBLEMAS BIOÉTICOS DE PROYECTOS EN COMUNIDADES.....	4
CONCEPTOS PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD DE LAS POBOBLACIONES.....	7
DESARROLLO DE LA BIOÉTICA EN SALUD PÚBLICA.....	13
AVANCES Y PROPUESTAS PARA UNA BIOÉTICA DE LA SALUD POBLACIONAL.....	16
CONCLUSIONES.....	32
REFERENCIAS.....	44

## ***RESUMEN***

Los proyectos de investigación o intervención que se llevan a cabo en comunidades no siguen orientaciones bioéticas bien definidas ni tienen comités específicos en este tema aunque han aparecido dilemas que lo ameritan. Han sido diversas las formas de abordar la salud colectiva siguiendo diferentes propuestas, y algunas han incluido consideraciones éticas, en especial bajo la perspectiva de los principios anglosajones. Se ha venido analizando el tema de la ética en la salud pública y se han expuesto diversas problemáticas y propuestas, por lo que es importante consolidar códigos y comités para acompañar este tema y definir criterios que deben tenerse en cuenta interviniendo la salud de poblaciones. Estos desarrollos deben considerar la necesidad de aprender y comprender sobre un colectivo, ofrecer instancias de consulta, establecer marcos conceptuales, y reconocer los derechos de las comunidades.

## ***ABSTRACT***

Community health projects, with research or intervention components are carried out without well-defined bioethical guidelines. They are seldomly addressed by specific review committees, although new dilemmas justify the need for their action. Diverse ways to address collective health follow different proposals, some of which have included ethical considerations, especially from the perspective of the Anglo-Saxon principles. The issue of ethics in public health has analyzed and outlined various proposals to overcome this gap. It is important to move towards establishing codes and committees to support the review of these topics. These developments should consider the need to learn and understand the sense of collectivity, offer consultation or knowledge resources, conceptual frameworks, in order to achieve recognition of the rights of communities.

## **Palabras claves**

Salud comunitaria y bioética, Bioética social, Salud de las poblaciones y bioética

*Ante los cuantiosos apremios que sufren los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, examinar la situación de esta región desde la perspectiva bioética, puede parecer, una preocupación secundaria, salvo para los académicos. Pero, lejos de ser un nicho filosófico de poca utilidad en la vida, la bioética ofrece una vía para examinar los problemas morales que plantean la medicina y la salud pública en la actualidad. Madelaine Sarria Castro*

## ***PROBLEMAS BIOÉTICOS DE PROYECTOS EN COMUNIDADES***

En la práctica cotidiana de los proyectos de investigación o de intervención en comunidades se llevan a cabo constantemente abordajes sobre los colectivos sin que obedezcan a claras y definidas orientaciones bioéticas. La investigación en comunidades con frecuencia puede entrañar la intervención de las mismas, procedimiento que en general se ha llevado a cabo sin muchas consideraciones éticas y con escasas excepciones ajustada a una adecuada comprensión de la comunidad que se interviene. Precisamente no se pueden concebir procesos que pretendan modificar aspectos de las comunidades sin antes lograrse una buena comprensión, para intervenir es necesario que se haya indagado, investigado y escrutado de manera suficiente “aunque sea de forma empírica” (Martínez, 2000).

Por supuesto que uno de los debates que se deben asumir, hace referencia a la definición de comunidad, para así mismo aclarar las propuestas de proyecto comunitario, intervención comunitaria o investigación en comunidades. La comunidad ha de entenderse como un espacio social en función de las posibilidades colectivas de participación y toma de decisiones ante los problemas sin asumirla como el conjunto de personas iguales desconociendo la individualidad y las relaciones (Martínez, 2000). La pertenencia a una comunidad ha de ser una participación activa que no solo contemple una coincidencia geográfica o temporo-espacial, racial o de otro tipo. La comunidad así constituida es como un ser vivo altamente dinámica, irreductible e impredecible. Por estas razones cobra aún más valor la necesidad de un conocimiento profundo tanto de la comunidad misma como de su dimensión cultural, histórica y social y de las características de su contexto. Son estos elementos los que irán permitiendo la transición de la comunidad objeto de investigación, a la comunidad sujeto de este proceso, participe, activa y colaboradora para el logro de objetivos y beneficios tanto para los agentes externos como para ella misma y sus individuos.

Considerando las propuestas de los comités de ética, se plantea una primera dificultad hacia el trabajo en comunidades, ya que se puede encontrar el desconocimiento común del contexto

cultural de las comunidades en las que se proponen proyectos. De hecho, es posible documentar una amplia experiencia y multitud de propuestas en el tema de comités de ética clínicos y comités de ética para investigación, pero se debe también discutir la necesidad de comités de ética que se preparen y aborden específicamente el tema de los proyectos comunitarios o el trabajo en comunidad que además de la dimensión investigativa debe considerar otros elementos de suma importancia.

Se han descrito tres tipos básicos de comités éticos (Sarrias, 2009):

- Centrados en la ética asistencial y en la formación ética, con tres funciones principales que son las de analizar casos para aconsejar a los profesionales que así lo quieran, la formación en ética de los profesionales, y el estudio de las políticas sanitarias de la institución.
- Centrados en la investigación, de características muy técnicas, son los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) o comités de ensayos clínicos. Estos se encargan del estudio, seguimiento, autorización y evaluación de protocolos de experimentación o estudio.
- Comités de nivel intermedio, como los comités de pronóstico que pueden ser técnicos y éticos a la vez. Pueden evaluar casos de pacientes, su pronóstico y determinar un tratamiento o conducta a seguir

Por otra parte, se mencionan como características para los comités hospitalarios de ética (CHE), la efectiva interdisciplinariedad y la discusión centrada en la justificación ética de los problemas abordados. También se señala que los CHE deben cumplir con sus funciones educativa, consultiva y normativa. Esto quiere decir que su acción debe extenderse tanto a la organización misma como a la comunidad para aportar los elementos reflexivos sobre los dilemas bioéticos y el análisis y discusión de casos que orienten las decisiones. Además de estos son importantes también los aspectos que tiene que ver con la metodología ajustada a las características propias de la cultura en cada grupo y por tanto a sus valores y perspectiva ética (Tealdi, 1992).

En otra dirección, se precisa que son diferentes los comités de ética de los de bioética. Los primeros pueden ser comités de ética asistencial o de investigación mientras que los segundos de aparición más reciente llenan el vacío de los anteriores incluyendo en sus funciones las de educación, difusión, promoción y defensa de la bioética en las organizaciones. Se logran estas

funciones a partir del uso creativo del dialogo y una relación “más racional entre la persona humana, la biotecnología y el medio ambiente”. De igual manera, haciendo referencia a los aportes de las reflexiones desde la ética y la bioética, la educación que “no tenga en cuenta quién es la persona humana, cual es su constitución, cuáles son sus fines, sus posibilidades y también sus limitaciones” puede conducir a el ejercicio de una ciencia “que en lugar de servir al hombre terminará sirviéndose de él”. (Gamboa, 2003). Finalmente estos comités bien pueden ofrecer una conciencia reflexiva para el mejoramiento personal y colectivo tanto del personal institucional como de la población que sea vinculada o a la que se presenten los servicios.

La UNESCO ha expresado de manera muy general sobre los comités de bioética que deben “abordar sistemáticamente y de forma constante la dimensión ética de a) las ciencias de la salud, b) las ciencias biológicas y c) las políticas de salud innovadoras” constituyéndose por expertos de diversas disciplinas para discutir los dilemas bioéticos que con el tiempo permitirán lograr “los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para abordar los problemas con mayor eficacia, hasta el punto de que frecuentemente hallan la manera de resolver dilemas cuyo arreglo parecía en un principio imposible.” En resumen su amplia formulación no parece resolver de manera efectiva la deficiencia que persiste en la realidad de los proyectos en comunidades y también precisa que se entiende por dilema bioético un tipo de silogismo en el cual dos premisas determinadas desembocan en una conclusión que, por lo general, presenta alternativas desagradables y obliga a adoptar una decisión en apariencia inaceptable, pudiendo incluso oponerse a consideraciones éticas. Se dice que un dilema coloca a una persona o a un comité entre la espada y la pared. Por todo ello, las alternativas poco agradables que pueden surgir obligan al comité a reflexionar, debatir, deliberar y, por último, actuar. Es frecuente que un comité logre zafarse de la incómoda posición impuesta por un dilema resolviéndolo y, acto seguido, formulando una recomendación o una sugerencia que se cristaliza en una opción moralmente aceptable con la cual se evitan las alternativas extremas y desagradables planteadas en un principio.

Es importante precisar que esta reflexión se adelanta en una sociedad que pasa de ser pluralista a polarizarse en un dualismo entre las llamadas cultura de la vida y la cultura de la muerte (Gamboa, 2003) y además de la buena voluntad y el deseo benefactor en situaciones difíciles, hoy en día se hace necesario enriquecer esta reflexión con unos estudios básicos de bioética y apoyarse en comités externos para asesorarse en casos difíciles (Campos; Solsona, 2004).

## **CONCEPTOS PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD DE LAS POBOBLACIONES**

A lo largo de la historia reciente, se han expuesto distintas miradas sobre la salud de los colectivos que tiene origen con la salud pública pero que ha tenido también otras aproximaciones conceptuales tales como la salud comunitaria, la salud familiar, la medicina social, etc. Estas disciplinas surgen en el intento de establecer puentes entre la medicina y la salud pública ya que su separación ha sido común limitando a quienes han sido formados en un modelo curativo clásico para que puedan asumir la responsabilidad de la salud colectiva por lo que quizá este abordaje ha fracasado (Henderson, 1992). El saber de la medicina es la enfermedad y su objeto la persona enferma, para lo cual se ha dado su desarrollo técnico, tecnológico y metodológico; mientras que la salud pública se ocupa de la salud como un fenómeno colectivo que puede lograrse o modificarse en el entorno y en el ámbito poblacional y que debe procurar las mejores condiciones de protección involucrando las instancias administrativas, políticas, económicas, etc. En esta lógica se entienden las características propias de cada disciplina así como también la necesidad de tender puentes de comunicación y acción médica sobre grupos y colectivos para integrar los aportes que cada campo específico puede hacer, de hecho “la enfermedad en potencia es lo que actualmente llamamos *riesgo*, en su sentido más amplio” (López, 2000); y a su vez este riesgo es un objetivo de la salud pública. La medicina curativa se restringe al servicio de salud mientras la salud pública esta afuera, así que deben acercarse para lograr su integración.

Wislow definiría en 1920 que la salud pública es “la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia física mediante el esfuerzo organizado de la comunidad... organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad” (López, 2000). A su vez Terris definió que "La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social

que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud" (Gandolfo, 1994).

Acercarse a la comprensión de la salud pública puede dificultarse ya que por una parte lo público puede entenderse como lo correspondiente a la acción gubernamental o incluir la participación de la sociedad, entendiéndose como "el público". Otra acepción posible de la salud pública es la de los "servicios no personales de salud" tales como el saneamiento y la educación en salud a los colectivos, que en algún sentido puede cobijar actividades individuales de orientación preventiva realizadas a poblaciones vulnerables. Una interpretación adicional puede entender la salud pública desde los problemas más peligrosos o de mayor frecuencia en una población, sin embargo, no debemos restringir la comprensión de lo público a "un conjunto de servicios", ni a una "forma de propiedad", ni a un "tipo de problemas", sino a un "nivel de análisis, un nivel poblacional" como ámbito de conocimiento y de acción (Gandolfo, 1994)

En el desarrollo histórico la salud pública ha mostrado importantes aportes para mejorar las condiciones de vida sobre todo desde el establecimiento de ciertos servicios básicos y la propuesta de la intersectorialidad que hace la Atención Primaria en Salud, pero se ha encontrado con la barrera de la voluntad política y la politización de los recursos. En un principio, la salud pública se basó en la perspectiva bacteriologista desde fines del siglo XIX y desde la inmunología y la microbiología procuraba prevenir la propagación de enfermedades contagiosas buscando identificar los agentes etiológicos específicos bajo la perspectiva de la teoría de los gérmenes y las vacunas logró el control de varias epidemias centrando las actividades de la salud pública en el control del crecimiento demográfico, las obras públicas, la urbanización y el saneamiento ambiental y luego pasando a las medidas contra los agentes causales y los vectores tales como las desinfecciones e inmunizaciones (Pelcastre, 2003).

A lo largo de este desarrollo de la salud pública, el Estado ha jugado diversos papeles y se ha relacionado con el tema de distintos modos. En el caso de América Latina, luego de una política no intervencionista en el siglo XIX, el tema pasó a ser un área de los gobiernos centrales dándose la creación de departamentos de sanidad que centralizaron las políticas de salud orientados por el enfoque clínico-individual que se enfrentará con los procesos de industrialización y de urbanización en los que surgen problemas complejos como la pobreza, la malnutrición y la aparición de otras enfermedades (Pelcastre, 2003).

A mediados del siglo XX el estado tomaba el control de la salud pública, y poco a poco se va fortaleciendo el componente de educación y de organización comunitaria para la resolución de enfermedades, pero "durante esta época, la presencia e influencia de curanderos en las comunidades, las idiosincrasias culturales, la educación, las creencias y valores, limitaban la participación de la comunidad en las prácticas de la salud pública; sin embargo, no se hacía nada frente a ello. No fue sino hasta tiempo después cuando se empezó a considerar la sociología una base fundamental de la salud pública.". En los años 50 se desarrollan las corrientes médicas que integran las dimensiones biológica y psico-social, y los salubristas a estas alturas cuentan con formación en "epidemiología, higiene materno-infantil, inmunizaciones, bacteriología, nutrición, estadística, higiene personal, legislación sanitaria", entre otros. La epidemiología va pasando del modelo etiológico al de factor de riesgo pero ajustado a características biológicas y reduciendo las características sociales a indicadores secundarios sin aprovechar su potencial explicativo. Se desarrolló el modelo de prevención sobre el concepto de historia natural de la enfermedad que incluye aspectos biológicos mientras que el contexto social y los procesos que allí acontecen para dar sentido y significado a la salud y la enfermedad no son tenidos en cuenta. Posteriormente aparecerán los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como espacio amplio de participación social. (Pelcastre, 2003)

Desde la décadas de los 70 se menciona la crisis de la salud pública "cuyo determinante estaba marcado por las limitaciones propias del modelo teórico-metodológicos que se utilizaban hegemónicamente, y a partir de la cual se señala la necesidad de incluir los determinantes económico-políticos como elementos centrales en el análisis y la práctica salubrista. Frente a dicha crisis hubo una mayor demanda de eficacia, por lo que se implementó considerablemente la atención primaria." (Pelcastre, 2003)

Las ciencias sociales y su aporte a la salud pública han sido discutidos ya que "la suma de individuos no hace lo colectivo" y en adición se deben integrar los aspectos simbólicos del proceso "salud-enfermedad-atención", lo que implica superar la perspectiva del modelo clínico e individualista, que incluso ha orientado también la salud pública. Por ello y marcando el contraste con la clásica salud pública, emerge la denominada "nueva salud pública", tendiente a la descentralización y propendiendo por una corresponsabilidad entre gobierno, sector privado, ONG, y comunidad. Esta propuesta procura habilidades "analíticas, de comunicación, política

de desarrollo y planeación de programas; organización y manejo financiero, promoción y prevención de la salud, investigación, epidemiología, bioestadística, identificación de los determinantes de la salud, ciencias biológicas, ciencias sociales, humanidades y de la conducta, administración y organización." (Pelcastre, 2003).

Se formula que este nuevo enfoque es una filosofía que se orienta por la sensibilidad cultural para lograr objetivos prioritarios en una perspectiva basada en poblaciones y no individual. Procura también el acceso igualitario a los servicios de salud y unas políticas de salud participativas e intersectoriales. Este enfoque también implicará el paso de la perspectiva patogénica a la preventiva o "salutogénica" en la que se entiende la posibilidad de modificar los determinantes de la salud (Pelcastre, 2003). Los servicios de salud deben evaluarse por los logros a nivel poblacional que se reflejan en la reducción de tasas de mortalidad, y por la implementación de programas en las comunidades con la consecuente mejoría en el nivel de vida de la población. También se evalúan aspectos de los servicios de salud como la satisfacción personal del costo, calidad, accesibilidad y eficacia (Henderson, 1992).

La nueva salud pública, al revisar el concepto de transición epidemiológica, plantea que no es un "periodo discreto sino un proceso continuo de cambio", es decir, no se restringe a un momento específico sino que es dinámico y refleja el cambio constante en la salud de los pueblos, ampliando el concepto al de "transición de la salud", que incluye aspectos sociales que pueden determinar la salud y comprende el estudio de las condiciones de salud y de la respuesta social organizada a las mismas, con lo cual además de atender en lo descrito a la transición epidemiológica o la "transformación de largo plazo de las condiciones de salud de una población", se ocupa también de "los cambios en los patrones de la respuesta social organizada". En esta transición, identifica tres mecanismos: por una parte el descenso en la natalidad que afecta la pirámide poblacional y su distribución por edades; por otro lado el cambio que se presenta en los factores de riesgo que modifican a su vez la incidencia de las enfermedades; y el otro mecanismo corresponde al desarrollo en aspectos organizativos y tecnológicos en los servicios de salud que se traducen en la disminución de la letalidad de las enfermedades. Estos elementos y su análisis permiten superar una lectura lineal o unidireccional del complejo fenómeno de la transición que lo entiende como una serie de etapas sucesivas para entender que no hay un patrón único y se evidencian los traslapes en las diferentes fases e incluso reversión de situaciones en lo que se ha denominado la contra-transición, incluso el

comportamiento variado y disímil entre grupos poblacionales y sociales en una misma región o país, lo cual se ha denominado la “polarización epidemiológica” (Frenk, 2007).

Algunas propuestas ya han tratado de adelantar esta aproximación desde la medicina y la salud familiar, la medicina y la salud comunitaria, la atención primaria orientada a la comunidad (APOC) y también desde el concepto de salud poblacional o salud de las poblaciones. Lo cierto es que esta noción de la salud al ir más allá del individuo toma en cuenta la realidad de la persona e incluye en su análisis la familia, la comunidad y la sociedad en general. De igual forma esta mirada debe englobar la realidad cultural de los colectivos así como la relación y consideraciones con su entorno natural.

Es posible que se presente una mirada minimalista en la que se concibe la limitación de la salud pública a las medidas de promoción y prevención y a los “bienes públicos” tales como el aire y el agua. Por otra parte se puede presentar en el polo opuesto el enfoque maximalista, en el cual se considera que no hay elementos del tema de salud que no estén relacionados y por tanto todo es abordable desde la salud pública. “De cualquier modo, la salud pública transforma el cuerpo individual, como objeto de la salud, en un cuerpo socializado y en un cuerpo social normalizado.” (Darras, 2004).

Adicionalmente la salud pública está llamada a evaluar las consecuencias de las políticas de salud sobre las condiciones laborales de los profesionales del ramo y la ética de sus actuaciones a la vez que aporta nuevos actores “que intervienen en la relación médico-paciente y que están encargados de funciones propias del sistema en su conjunto, como la regulación, el financiamiento, la evaluación o la formación.” (Darras, 2004).

Entender la salud pública como la confluencia de ciencias biológicas, además de las sociales y de la conducta para determinar las respuestas sociales, institucionales y locales en poblaciones específicas bajo condiciones epidemiológicas determinadas, permite articular la mirada medicalizada del modelo salud-enfermedad con las respuestas institucionales y el “conjunto de terapias específicas que combina enfoques biológicos, políticos y sociales.”(Sarría, 2007). Ampliar esta mirada de la salud pública a la salud de las poblaciones nos acerca al contexto de la economía local e internacional, ya que en países de escasos recursos el sector salud suele ir a la retaguardia y los ajustes económicos implican usualmente desajustes sociales agravando el

déficit de recursos y por tanto de atención a estos problemas prioritarios pero persistentemente marginales.

La equidad en salud aparece como elemento cardinal de la discusión biótica en la salud pública. Las desigualdades finalmente harán la diferencia entre vivir o morir, “es por ello que hoy, la investigación requiere compromisos más serios revestidos de un sentido social y de principios de solidaridad humana.” (Sarria, 2007).

En el contexto de los países con escaso recursos, la salud de las poblaciones puede mejorar a través de un acertado enfoque en la salud pública que es posible con una buena capacidad institucional y con la voluntad política. La salud no mejora por añadidura del desarrollo económico, es necesario focalizar su prioridad y emprender acciones y planes específicos para su abordaje que abarquen la dimensión colectiva tanto como la individual (Ortún, 2007).

El concepto de “salud comunitaria”, en el que se integran otras áreas de conocimiento además de las de la salud, concibe la ampliación del campo de acción incluyendo distintos factores, tales como el medio ambiente, el contexto socio-económico, la dinámica cultural desde abordajes diversos que incluyen en algunos planteamientos dimensiones comunicativas, epidemiológicas, éticas y políticas entre otras. Se comprende desde la mirada de la enfermedad no solo como un acontecimiento individual o privado sino transcurrido en el denso tejido social y ecológico en el cual se inserta la vida personal y se define como la estrategia que intenta llevar y aplicar los programas de la salud pública al nivel local de cada comunidad con el apoyo y la participación activa de sus miembros (Costa; López, 1986). También se ha definido “medicina comunitaria” como la estrategia que contribuye a proyectar la influencia de las acciones de los servicios médicos a la comunidad, integrando las actividades preventivas con las asistenciales (FUDESCO, 1995).

En estrecha relación con este renacer del tema comunitario en los años sesenta, se formula en 1978 la estrategia de Atención Primaria en Salud o *Primary Health Care*, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ante la necesidad urgente de adecuar y aproximar los servicios de salud a la población más necesitada en momentos de crisis de la salud en los que se hace necesario mayor compromiso de los servicios de salud con el comportamiento de las personas que determinan de manera muy importante la enfermedad.

## ***DESARROLLO DE LA BIOÉTICA EN SALUD PÚBLICA***

Desde los años 80 la bioética se ha venido ocupando de manera cada vez más importante a los temas de la salud pública y desde 1997 el CDC (*Center for Disease Control* – Centro para el Control de Enfermedades) de los Estados Unidos conformó un subcomité de ética para estos asuntos reconociendo la creciente importancia del tema. También se han venido creando este tipo de grupos en muchas organizaciones afines ya que el rango de problemas de consideración ética es muy amplio. Entendiéndola como la búsqueda de los valores, virtudes y principios necesarios para la vida en sociedad en paz, respeto mutuo y justicia, señalando cuatro categorías para abordar el análisis de estos problemas en la Salud Pública que son la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; la reducción de riesgos; la epidemiología; y otras formas de salud pública. (Callagan; Jennings, 2002).

Sobre promoción y prevención se revisan las actividades para incrementar la responsabilidad individual en estilos de vida saludable; el rol del gobierno en la creación de entornos saludables en los que los individuos puedan estar sanos así como también su responsabilidad en la creación de programas de educación en salud en momentos en que la autonomía, tan promulgada, no apunta a los mismos objetivos. En cuanto a la reducción del riesgo, los dilemas son bastante profundos ya que se preguntan sobre el nivel de riesgo que puede ser aceptado socialmente para los individuos y las comunidades y sobre quienes deciden al respecto o hasta donde debe aplicarse el principio de precaución considerando que la salud pública debe orientar las políticas e intervenciones para evitar el daño individual y disminuir los riesgos para la salud de la población. En este contexto es frecuente que la epidemiología no siga apropiados protocolos éticos especialmente para la protección y confidencialidad de información personal.

En la categoría de inequidades estructurales y socioeconómicas es claro que estas disparidades tiene un alto impacto en el estado de salud de la población. El acceso equitativo a adecuados servicios de salud ha sido un objetivo perseguido largo tiempo y en ese logro la salud pública debe ayudar a conseguir la justicia en la atención de la salud.

Estas categorías aunque pueden dejar diversos tópicos excluidos son suficientes para evidenciar la necesidad de distintos métodos de análisis éticos además de las múltiples perspectivas que pueden coexistir y expresar diferentes intereses.

Se destaca la importancia de construir un código de ética adecuado a los objetivos y las actividades de la Salud Pública sustentado especialmente en la valoración necesaria del trabajo de campo, sus implicaciones, dificultades y para asegurar la mejor conducta hacia el futuro estableciendo una credibilidad moral suficiente para la investigación y las intervenciones que den respuesta a las dificultades comunes y frecuentes. Un gran logro de la formulación de un código sería proponer con claridad unos ideales y algunas reglas sobre el trabajo de campo junto con guías que permitan estandarizar las respuestas a los problemas de la práctica y sirva también para su conocimiento y aprendizaje así como para la toma de decisiones, ya que a diferencia de otras ramas, en el caso de la salud pública se establecen estrechos vínculos con las instancias políticas, legislativas, económicas, etc. (Callagan; Jennings, 2002).

Finalmente en los últimos años la bioética ha abordado el tema de la salud de la población que se focaliza en los determinantes de la salud atendiendo tanto la problemática de la salud como la de los servicios de salud. Incluso se habla de los “macro-determinantes” haciendo referencia a variables sociales, económicas, demográficas o culturales “que afectan el estado de salud, tales como el ingreso, etnicidad, género, área de residencia, educación, entre otras.” Se enfatiza en el peso relativo de grupos sobre la población total para priorizar decisiones de tal forma que haya mayor dedicación a los grupos más desfavorecidos. La bioética de la salud de la población “pone atención en la salud y no sólo en los servicios de atención de salud; incluye a todos, independientemente de su status o bienestar, poniendo énfasis en los pobres; incluye todos los determinantes de la salud y tiene por conceptos clave los de equidad, igualdad y justicia, carga de enfermedad y costo-efectividad, y determinación de prioridades” (Wikler, 1997).

Se presentan desigualdades entre grupos socioeconómicos que incluyen entre otros los ingresos, el nivel educativo, el origen étnico, el género, el área de residencia y que repercuten en medidas como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad materno-infantil, etc. a la vez que desde la autonomía los estilos de vida como opciones individuales son primordiales y en efecto la libre elección implica la elección de un riesgo. Sin embargo se puede considerar que la libertad de elección a su vez tiene una desigual distribución en la sociedad. (Ferrer, 2003).

En medio de una cultura neoliberal-positivista propia de nuestra sociedad, abarcar los derechos del hombre tales como alimentación, educación, cuidados sanitarios, etc., no puede dejar de ser un imperativo bioético, más aún en el entorno de países pobres, en donde “las ciencias sociales empíricas, en particular las ciencias económicas, tienen una deuda en su aporte al campo de la salud y, por ende, de la bioética.”(Ortiz; Palavecino, 2005).

En cuanto al estado, debe establecer un equilibrio regulador entre instituciones públicas y privadas, a la vez que es regulador de la gestión en salud procurando la equidad y propiciando una dinámica de crecimiento estable y sustentable para toda la sociedad. En un estado proteccionista se puede presentar la disminución de la eficacia del servicio público, el control deficiente de los operadores de salud y la reducción de la posibilidad de la sociedad de asumir la función de control sobre la gestión del estado. En un estado activo en la salud, se lograría avanzar en medicina preventiva que genera menor gasto y se pueden enfocar hacia los elementos propios e históricos de las poblaciones y no solo a las situaciones de emergencia. También sería posible fortalecer la participación de la sociedad.

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental, aunque sea confuso, ya que no es posible ofrecer una salud perfecta, sino tan solo procurar el respeto y la protección de la salud individual y de la sociedad en su conjunto, que debe ser garantizada tanto por individuos, como por los colectivos y por el estado. Se trata de una aspiración más que de un derecho es sentido estricto (Devis, 1999).

El reconocimiento del derecho a la salud en la perspectiva bioética no puede restringirse a la consideración de los principios clásicos de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia. Su amplia dimensión debe apelar a otros principios y valores que en realidad se constituyan como una base de respeto a la persona y a la vida, un escenario de equidad y de solidaridad en que no solo se busque el acceso a los servicios sino además de ello también el logro de condiciones mínimas de vida para que la salud sea posible.

El análisis de los aspectos bioéticos de los sistemas de salud debe incluir entre otros, la distribución equitativa de los recursos, la disminución de las desigualdades y la promoción del desarrollo y mantenimiento de la salud. Esta revisión es pertinente dado que las reformas de los

sistemas, los ajustes que van teniendo y su formulación en muchos casos quizá atendiendo los problemas urgentes, pueden hacer a un lado estos aspectos que deben ser prioritarios. “En otras palabras, la tendencia actual está centrada en analizar los alcances y limitaciones que pueden tener las disposiciones estatales en relación con las formulaciones sobre los derechos sociales de los cuales hacen parte los servicios de salud, la seguridad social y la educación.” (Jara, 2001).

## ***AVANCES Y PROPUESTAS PARA UNA BIOÉTICA DE LA SALUD POBLACIONAL***

Distintas organizaciones y grupos han desarrollado propuestas metodológicas, consideraciones éticas y códigos que van agregando aspectos cada vez más relevantes de las comunidades y el trabajo que se cumpla en ese entorno bien sea en la intervención o en la investigación.

En las Pautas Éticas de la CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas) encontramos planteamientos importantes sobre las consideraciones necesarias para ser tenidas en cuenta por los comités llamados a evaluar propuestas de investigación biomédica. En efecto, en la Pauta 2 señala que todas las propuestas de investigación deben someterse a la revisión de comités científicos y éticos.

En su Pauta 1 se destaca como justificación para una investigación la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas y además de la protección y el respeto de los sujetos debe ser justa y moralmente aceptable en las comunidades involucradas. Esto representa un reconocimiento importante de la perspectiva que las comunidades deben aportar a los proyectos de investigación y precisa la necesaria consideración a los valores de la comunidad sujeto de investigación bien sea en el nivel colectivo o en el individual.

La Pauta 3 de la CIOMS, resalta los aspectos delicados al momento de revisar procesos de investigación que reciban apoyo o patrocinio externo para que el rigor en el cumplimiento ético se extienda a las condiciones de los países de origen del apoyo además de sumarse a los locales y librarse de intereses en determinados resultados por parte de las mismas entidades patrocinadoras.

En la Pauta 10 hace referencia a la investigación en poblaciones y comunidades con recurso limitados, que es frecuente en los proyectos con comunidades que se desarrollan en nuestro medio. En esta pauta se proponen como condiciones que la investigación responda a las necesidades de salud y prioridades de la población o comunidad; y que cualquier intervención o producto desarrollado, o conocimiento generado, estará disponible razonablemente para beneficio de aquella población o comunidad. Es importante destacar también en el trabajo con comunidades que los pagos o cualquier tipo de estímulos o retribuciones para la participación en la investigación deben ser cuidadosamente revisados y aprobados en evaluación por comités éticos según se señala en la Pauta 7 de la CIOMS.

Finalmente la CIOMS propone en su Pauta 20, la necesidad del fortalecimiento de la capacidad de evaluación ética y científica que debe lograrse para la revisión de las investigaciones biomédicas, lo cual debe implicar altas calificaciones que garanticen la calidad científica y la aceptabilidad ética de las investigaciones. En este proceso incluye:

- Establecer y fortalecer comités de ética independientes y bien calificados
- Fortalecer la capacidad investigativa
- Desarrollar tecnologías apropiadas para la investigación
- Entrenamiento de personal tanto en investigación como en atención en salud
- Educación de la comunidad sujeto de investigación

Además de estos detalles, establece en su Pauta 21, la obligación ética de los patrocinadores externos de proporcionar servicios para la atención en salud tanto para la investigación como para el tratamiento de sujetos afectados por la misma o aquellos necesarios para procurar el bienestar de la población o comunidad que participe.

En la legislación colombiana la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (Hoy Ministerio de la Protección Social) establece normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Por una parte obliga a toda institución que realice investigación a tener un comité de ética en investigación sin cuya aprobación no es permitido iniciar una investigación. Establece a su vez

que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos o al de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social o al de los efectos nocivos del ambiente en la salud; a la prevención y control de los problemas de salud; al estudio de técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud; o a la producción de insumos para la salud.

En la Resolución 8430, el capítulo II se refiere a la investigación en comunidades. Allí se señala que las investigaciones en estos casos se admiten cuando el beneficio esperado sea muy posible y no represente riesgos. Además debe obtenerse igualmente el consentimiento informado y la aprobación de las autoridades civiles y de salud en el lugar. Se considera para estos casos, la posibilidad de obtener el consentimiento por parte de una persona de autoridad moral sobre la comunidad, cuando hacerlo de cada persona sea difícil por su condición o no tengan la capacidad para la comprensión de su participación. También precisa esta resolución, que en cualquier investigación las consideraciones éticas aplicables deben ser extrapoladas al contexto comunal en los aspectos pertinentes.

El caso de proyectos de investigación o estudio o intervención en comunidades podría salirse un poco de los esquemas clásicos que se han expuesto para los comités de ética. Es decir, si bien se puedan plantear como procesos de investigación, no podrían encasillarse en los criterios de evaluación que se siguen para investigaciones clínicas así como tampoco podría encajar en los comités asistenciales. Incluso, algunas experiencias han permitido la creación y propuesta de códigos de ética aplicables al trabajo con grupos especiales tales como los indígenas. En este sentido el CIHR (*Canadian Institute for Health Research* - Instituto Canadiense para la Investigación en Salud) ha propuesto en el 2004 sus pautas para realizar investigaciones sobre salud que involucren aborígenes. En estas pautas se señala que los investigadores deben entender y respetar la cosmovisión de los aborígenes incluyendo “las responsabilidades hacia el pueblo y hacia la cultura que resulten del acceso a las sabidurías tradicionales o sagradas”. También debe respetarse la jurisdicción de la comunidad sobre la investigación y la amplia participación en todas las instancias del proceso, incluso antes de dirigirse a la comunidad debe obtenerse el consentimiento de sus autoridades y posteriormente los demás consentimientos a que haya lugar.

Estas pautas expresan los detalles de la privacidad, confidencialidad y anonimato; la necesaria orientación de los portadores de la sabiduría tradicional si la investigación incluirá el uso de estos aspectos culturales; el respeto y protección a los derechos intelectuales sobre estos conocimientos; la aplicación de protocolos culturales que sean relevantes para la comunidad; y una comunicación constante que sea accesible y comprensible.

Plantea el CIHR que la investigación debe beneficiar a la comunidad al igual que a los investigadores y por tanto además de reconocer y respetar los derechos de estos pueblos y promover y garantizar la participación de la comunidad se debe también generar la oportunidad de interpretar los datos y revisar las conclusiones para asegurar su precisión y que sean culturalmente sensibles.

Por otra parte, el Código de Ética de la Sociedad Internacional de Etnobiología (SIE) con origen en la Declaración de Belem (Brasil) en la fundación de esta sociedad en 1988, plantea un reconocimiento fundamental de la cultura, la diversidad cultural, los territorios y los recursos tradicionales. También este código reconoce y apoya la posibilidad de las comunidades locales de emprender sus propias investigaciones, los procesos implicados en estas y las publicaciones consecuentes. Entre sus propósitos es de destacar el de “optimizar resultados positivos y reducir lo más posible los efectos adversos de la investigación (en todas sus formas, incluyendo la investigación aplicada y trabajo de desarrollo) y actividades relacionadas...”

Este código propone como principios algunos que no han sido comúnmente citados en otras instancias y por tanto vale la pena destacar:

#### 1. Principio de Derechos y Responsabilidades Previas

...reconoce que los pueblos indígenas, sociedades tradicionales, y comunidades locales, tienen intereses, responsabilidades y derechos de propiedad previos sobre, el aire, la tierra, las vías acuíferas, y todos los recursos naturales que se encuentren dentro de estos lugares tradicionalmente habitados o utilizados por dichos pueblos. Así mismo sobre todos los conocimientos, propiedad intelectual y derechos sobre el recurso tradicional, asociados con dichos recursos y sus usos.

#### 2. Principio de Autodeterminación

...reconoce que los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales, tienen derecho a la autodeterminación (o determinación local para las comunidades tradicionales y locales) y que los investigadores y organizaciones asociadas reconocerán y respetarán dichos derechos al tratar con estos pueblos y sus comunidades.

### 3. Principio de inalienabilidad

...reconoce los derechos inalienables de los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales, en relación con sus territorios tradicionales y recursos naturales dentro de los mismos (incluyendo los recursos biológicos y genéticos), y el conocimiento tradicional relacionado. Estos derechos son colectivos por naturaleza pero pueden incluir derechos individuales. Esto permitirá a los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales, determinar por si mismos la naturaleza, alcance y alienabilidad de sus respectivos regímenes de derecho sobre los recursos.

### 4. Principio de guardianes tradicionales

...reconoce la interconexión holística de la humanidad con los ecosistemas de nuestra Sagrada Tierra, y la obligación y la responsabilidad de los pueblos indígenas, las sociedades tradicionales y las comunidades locales, de preservar y mantener su rol como guardianes tradicionales de estos ecosistemas, a través del mantenimiento de sus culturas, identidades, lenguas, mitologías, creencias espirituales, prácticas y leyes tradicionales, de acuerdo con el derecho de autodeterminación.

### 5. Principio de participación activa

...reconoce la importancia crucial de la participación activa de los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales en todas las fases de la investigación y actividades relacionadas, de principio a fin, así como durante la aplicación de los resultados. La participación activa incluye la colaboración en el diseño de la investigación para abordar las necesidades y prioridades locales, y revisión de los resultados antes de su publicación o divulgación, con el propósito de asegurar la exactitud de la información y el cumplimiento de los estándares representados en este Código de Ética.

### 6. Principio de revelación completa

...reconoce que los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales, tienen el derecho de estar completamente informados a cerca de la naturaleza, alcance y propósito último de la investigación propuesta (incluyendo su objetivo, metodología, recolección de datos y divulgación y aplicación de resultados). Esta información debe ser divulgada en forma comprensible y útil a nivel local, de manera que considere el conocimiento, las preferencias culturales y las formas de transmisión propias de estos pueblos y comunidades.

### 7. Principio de consentimiento previo informado

El consentimiento previo informado debe ser establecido antes que cualquier investigación sea llevada a cabo a nivel colectivo o individual, según lo determinado por las estructuras de gobierno de la comunidad. El consentimiento previo informado es reconocido como un proceso progresivo basado en la relación y mantenido a través de todas las fases de la investigación. Este principio reconoce que el consentimiento previo requiere un proceso educativo en el que se empleen métodos y herramientas bilingües e interculturales que sean pertinentes, y aseguren el entendimiento entre las partes interesadas. Establecer el consentimiento previo informado implica también que las comunidades directamente afectadas recibirán información completa y comprensible en relación con el propósito y naturaleza del programa, proyecto, estudio o actividades propuestos; los posibles resultados e implicaciones, incluyendo todo beneficio o daño razonablemente previsible (bien sea tangible o intangible) a las comunidades afectadas. Los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales tienen el derecho de tomar decisiones sobre

cualquier programa, proyecto, estudio o actividades que los afecten de forma directa. En aquellos casos en los que las intenciones de la investigación propuesta o las actividades relacionadas no sean consistentes con los intereses de estos pueblos, sociedades o comunidades, éstos tendrán derecho a negar la realización de las mismas.

#### 8. Principio de confidencialidad

...reconoce que los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales, tienen a su discreción, el derecho a impedir la publicación y/o a mantener bajo confidencialidad cualquier información que concierna a su cultura, identidad, lenguaje, tradiciones, mitologías, creencias espirituales o herencia genómica. Las partes involucradas en la investigación tienen la responsabilidad de estar al tanto y de cumplir con los sistemas locales de administración del conocimiento e innovación local, especialmente en lo relacionado con el conocimiento sagrado y secreto. Así mismo, dicha confidencialidad debe ser garantizada por los investigadores y demás usuarios potenciales. Los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales, tienen además, a su discreción, el derecho a la privacidad y al anonimato.

#### 9. Principio de respeto

...reconoce la necesidad por parte de los investigadores de respetar la integridad, moralidad y espiritualidad de la cultura, tradiciones y las relaciones de los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales, con sus mundos.

#### 10. Principio de protección activa

...reconoce la importancia de que los investigadores tomen medidas activas para proteger y fortalecer las relaciones de los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales con su entorno, y promover así el mantenimiento de la diversidad cultural y biológica.

#### 11. Principio de precaución

...reconoce la complejidad de las interacciones entre las comunidades culturales y biológicas, y por tanto la inherente incertidumbre acerca de los efectos atribuidos a la investigación etnobiológica u otras. El principio de precaución aboga por asumir una acción proactiva y anticipada para identificar y prevenir daños culturales y biológicos que puedan resultar de las actividades o resultados de la investigación, aún cuando las relaciones causa/efecto no hayan sido científicamente probadas. La predicción y evaluación de dichos daños biológicos y culturales debe incluir criterios e indicadores locales, y por tanto involucrar completamente a los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales. Esto implica también la responsabilidad de evitar la imposición de concepciones y estándares foráneos.

#### 12. Principio de reciprocidad, beneficio mutuo y distribución equitativa

...reconoce que los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales tienen el derecho de compartir y beneficiarse de procesos y resultados tangibles o intangibles procedentes de manera directa o indirecta, a corto o largo plazo, de la investigación etnobiológica y actividades relacionadas que involucren su conocimiento y sus recursos. El beneficio mutuo y la distribución equitativa deben tener lugar de una manera que resulte apropiada y sea consistente con los deseos de la comunidad involucrada.

### 13. Principio de apoyo a las investigaciones indígenas

...reconoce y apoya el esfuerzo de los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales de llevar a cabo investigaciones propias, basándose en sus epistemologías y metodologías, creando sus propios mecanismos para compartir el conocimiento y usando sus propias colecciones y bases de datos, de acuerdo con las necesidades que ellos mismos hayan establecido. La construcción de capacidades, los intercambios para la capacitación y la transferencia de tecnología para comunidades e instituciones locales que se requieran para hacer esto posible, deben estar incluidos en la investigación, desarrollo y manejo cooperativo de las actividades, en la medida de lo posible.

### 14. Principio del ciclo interactivo dinámico

...reconoce que no se debe dar inicio a la investigación y actividades relacionadas a menos que pueda asegurarse, dentro de lo posible, que todas las fases pueden ser completadas; desde (a) preparación y evaluación, (b) implementación completa, (c) evaluación, divulgación y entrega de resultados a las comunidades en formas que sean apropiadas y comprensibles para las mismas, hasta (d) capacitación y educación como parte integral del proyecto, incluyendo la aplicación práctica de los resultados. De este modo, todos los proyectos deben ser vistos como ciclos de comunicación e interacción continua.

### 15. Principio de reparación

...reconoce que se tratará de hacer todo esfuerzo posible para evitar cualquier consecuencia adversa que la investigación y las actividades relacionadas puedan representar para los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales. De no oponerse a la aplicación de los estándares estipulados por este Código de Ética, y en caso de que cualquier consecuencia adversa tenga lugar, se entablará una discusión con los pueblos o comunidades locales para decidir sobre la acción que mejor permita reparar o mitigar el daño ocasionado. En caso de ser apropiado y si así es acordado por las partes, dicha acción puede incluir la restitución.

### 16. Principio de reconocimiento y crédito

...reconoce que los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales deben ser reconocidos según su preferencia, y que se les debe otorgar crédito en todas las publicaciones y otras formas de difusión que hayan sido acordadas, por su contribución tangible o intangible en las actividades de investigación. La coautoría debe ser considerada cuando sea apropiado. El reconocimiento y crédito a los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales se extiende de la misma manera a las aplicaciones y usos secundarios, y los investigadores actuarán en buena fe para asegurar que la conexión con recursos y fuentes de conocimiento originales se mantengan en el registro público.

### 17. Principio de diligencia

...reconoce que se espera que los investigadores comprendan el contexto local antes de dar inicio a una relación de carácter investigativo con una comunidad. Esta comprensión incluye el conocimiento y disposición de acatar los sistemas de gobierno locales, las leyes y protocolos culturales, las costumbres sociales y la etiqueta. Se espera además que los investigadores realicen su investigación, dentro de lo posible, en la lengua local, lo cual puede implicar fluidez en dicha lengua o la contratación de intérpretes.

Estos documentos empiezan a ofrecer nuevas consideraciones en el trabajo con comunidades y por eso son de alto valor. Además debemos ampliar las referencias a otros textos que sobre esta materia también han sido publicados por organismos como la OMS (2000).

Otro de los aspectos importantes en los proyectos con comunidades es el del manejo del consentimiento informado. En este caso además de las características generales que debe cumplir, debe determinarse si se suscribe individual o colectivamente así como también debe garantizarse la comprensión cultural del documento. Especial cuidado se debe tener con el ofrecimiento de beneficios a la población participante o involucrada para evitar la coerción o las diversas formas de presión a subordinados.

En la dimensión de la investigación internacional en este campo, se ha mencionado la preponderancia de los valores citados en la ética de la virtud, incluyendo como muy necesario el de la “modestia” para exponer con claridad absoluta los riesgos y beneficios de tal forma que se puedan establecer criterios ciertos para que la población pueda decidir su participación. Algunos aspectos éticos básicos a revisar en los protocolos de investigación en esta área se reproducen en la tabla # 1 con las preguntas determinantes para cada aspecto tal como las ha propuesto Bedregal (2008) aunque pudieran complementarse con otra serie de aspectos:

**Tabla # 1**

Aspecto	Preguntas clave
Valor científico o social de la investigación.	La investigación: ¿Apunta a mejorar la salud y el bienestar de las personas y comunidades?
Validez científica.	La investigación: ¿Utiliza los principios científicos, metodologías y técnicas de análisis de datos adecuados para producir información válida?
Transparencia en la selección de los sujetos, comunidades que participan.	La investigación: ¿Justifica adecuadamente a los sujetos que ingresan en la investigación?
Equilibrio entre riesgos y beneficios.	La investigación: ¿Los riesgos de participar en la investigación son proporcionales a los beneficios que la investigación obtendrá para los sujetos, comunidades y la sociedad?
Revisión independiente.	La investigación: ¿Ha sido evaluada éticamente por un grupo independiente (que no tenga conflictos de interés con la propuesta)?
Consentimiento informado.	La investigación: ¿Señala los procedimientos e instrumentos utilizados para el consentimiento informado? Si hay datos secundarios, ¿cómo se resguarda la privacidad de los datos?

Respeto hacia los sujetos, instituciones y comunidades que participan.	La investigación: ¿Permite expresamente el retiro voluntario? ¿Se protege la confidencialidad de la información? ¿Cuenta con mecanismos para entrega de información a los participantes durante el curso de la investigación y a su término?
--	--

Fuente: Tomado de Bedregal, 2008.

En relación particular con la investigación comunitaria, cualquiera que sea el objeto de la investigación el hombre sigue estando en el centro junto con sus problemas de salud y el sujeto-objeto comunidad debe incluir abordajes desde otros saberes tomados de las ciencias sociales (Martinez, 2000).

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos proferida por la UNESCO en el 2005, en la que se trata de las “cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales”, precisa que “imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.” Esta declaración es importante porque ofrece un nuevo horizonte de la responsabilidad social fomentando la solidaridad (Sarría, 2007).

Otros principios importantes además de la cooperación, la ciudadanía y la comunidad (Lolas; Outomuro, 2006), son los de la dignidad humana, como base del respeto a la vida humana; la autonomía y libre elección, que consagró el Informe Belmont en 1979 para defender la posibilidad de optar de acuerdo con sus convicciones; la justicia y la equidad; la solidaridad, la precaución y responsabilidad; el derecho a la privacidad y confidencialidad, relativos a la información recogida sobre individuos o la comunidad; y el derecho a la disposición de lo propio, que incluye desde las células y tejidos hasta los datos y las intervenciones clínicas o sociales.

#### ❖ Responsabilidad

Entre distintas acepciones del término responsabilidad se encuentra en común “el reconocimiento de la vulnerabilidad de ciertos sujetos que insinúan una necesidad de amparo por parte de otros.” (Darras, 2004).

Además de constituirse como un principio fundamental también ha dado pie a la denominada ética de la responsabilidad. “Responsabilidad viene del verbo responder y significa en ética hacerse cargo de lo realizado frente al afectado... La ética aplicada atribuye responsabilidades a los individuos a partir del presupuesto que cada acto humano ha sido libremente elegido por un agente moral, quien siempre es responsable por sus decisiones y las consecuencias de ellas. Así como la libertad, también la responsabilidad está en la raíz de la ética como elemento constitutivo, siendo exigible sin que sea explícitamente formulada como un principio adicional” (Shramm; Kottow, 2001).

Hans Jonas, importante filósofo alemán del siglo XX, sustentado su propuesta de la Ética de la Responsabilidad hace una evaluación crítica de la ciencia moderna y la tecnología dando primacía al valor de la vida sin las consideraciones limitantes del materialismo ni del idealismo, señalando como se ha abusado y destruido la naturaleza por parte del hombre en estrecha relación con el desarrollo de la tecnología y sus usos (Jonas, 1995). “Hasta ese entonces, el alcance de las prescripciones éticas estaba restringido al ámbito de la relación con el prójimo en el momento presente. Era una ética antropocéntrica y dirigida a la contemporaneidad. La moderna intervención tecnológica cambió drásticamente esa plácida realidad al poner la naturaleza al servicio del hombre y susceptible de ser alterada radicalmente. De ese modo, el hombre pasó a tener una relación de responsabilidad con la naturaleza, puesto que la misma se encuentra bajo su poder.” El ser humano en su responsabilidad consigo mismo abarca la relación con los demás y por tanto invoca la solidaridad que debe generarse entre todos y hacia el entorno. “Concluimos con Jonas que el ser humano requiere contestar con su propio ser a una noción más amplia y radical de la responsabilidad, la referente a la naturaleza humana y extrahumana, ya que la tecnología moderna permite acciones transformadoras en un espectro que va desde el genoma humano hasta el plan cósmico” (De Siqueira, 2001).

Entendiendo esta formulación de la responsabilidad óntica, que atiende la totalidad del ser, vale la pena su discusión en la perspectiva moral para el análisis de los problemas en salud pública.

#### ❖ Protección

La ética de protección invoca el origen mismo del vocablo “ética” proveniente del *êthos* griego que quiere decir “lugar donde se habita” que a su vez suscita refugio y protección. Como mencionamos antes sobre el estado social, la protección aparece como una obligación del

Estado coincidiendo en el siglo XVIII con el origen de la Salud Pública cuyo propósito converge al buscar la protección sanitaria. La protección implica el dar resguardo o cubrir las necesidades esenciales consideradas aquellas que el afectado necesite satisfacer para atender otras u otros intereses con algunas características que la distinguen claramente del principio de beneficencia o del esquema del paternalismo como son la gratitud, “entendida como la ausencia de compromisos previos para la protección”; la vinculación que deriva de la primera; y la Cobertura de las necesidades según las estime el afectado” (Shramm; Kottow, 2001).

Este principio se invoca en la salud de las poblaciones ya que en esta dimensión están las intervenciones sobre los colectivos dirigidas a la prevención de la enfermedad o la promoción de la salud en las cuales se debe considerar a sus personas constitutivas en un entorno social y ambiental desde la perspectiva de la responsabilidad que deben asumir las instituciones públicas encargadas de las políticas sanitarias y su eficiencia.

La ética de la protección se concibe a su vez como una ética de responsabilidad social en donde el estado esta llamado al encargo de ciertas obligaciones sanitarias bajo las cuales lleva a cabo el cuidado de la ciudadanía para la prevención de enfermedades y el logro de un medio ambiente sano. Es fundamental aquí que el Estado en su rol de agente protector actúe solo con el consentimiento de la población proponiendo aquellas medidas que sean “necesarias y razonables para prevenir los problemas sanitarios”, ofreciendo además “la posibilidad de una evaluación ética de acciones destinadas a cubrir necesidades sanitarias impostergables, efectivamente sentidas por la población”, ya que la formulación de las políticas que se definan para la protección de la salud de los colectivos frente a sus necesidades, se tornarán de carácter obligatorio cuando hayan sido aceptadas permitiendo así que “el cumplimiento de las medidas de resguardo valide ejercer un legítimo poder de disciplina y autoridad para que sean efectivas. También se justifica someter la autonomía individual a los requerimientos del bienestar colectivo, en principio sin contemplar excepciones. La legitimidad de las acciones sanitarias y la inevitable restricción de la autonomía individual constituyen características de los actos protectores; la protección adquiere así una forma de poder *sui generis*, avalado por el principio de responsabilidad y caracterizado, como señalado, por la postergación de obligaciones frente a los individuos.” (Shramm; Kottow, 2001).

En consecuencia con este planteamiento, el principio de protección permitiría la evaluación moral de políticas públicas y para ello se han propuesto como condiciones que se considere la protección cuando se establece que hay objetivos sanitarios “mandatorios” o indispensables y también en la aceptación de programas de salud pública con la mayor certeza de que las medidas son necesarias y “suficientemente razonables” para la prevención de los problemas sanitarios.

“Rescatando los contenidos morales del principio de responsabilidad, la protección es una versión actualizada de lo anterior pues recupera el sentido de responder voluntariamente a las necesidades de los otros y también se preocupa de la eficacia y de la efectividad de las medidas de protección sanitaria adoptadas...”

La ética de protección debe ser entendida como un compromiso práctico, sometido a alguna forma de exigencia social, con lo cual la protección se vuelve un principio moral irrevocable, puesto que agentes, afectados, tareas y consecuencias deben ser definidos.” (Shramm; Kottow, 2001).

Esta interesante discusión sobre la responsabilidad y la protección nos deja un significativo espacio para la reflexión sobre la salud de las poblaciones y las perspectivas de su abordaje. En este espacio la relación entre el médico y el paciente, que se da en el ámbito privado, pasa a ser una relación en el ámbito público entre la institución sanitaria y la comunidad en el que la institución está llamada a asumir cierta protección de las poblaciones a través de los servicios de salud, la promoción y la prevención, la intervención de los riesgos particulares y generales, etc., pero a su vez esta planeación debe tener una importante participación de los colectivos sobre los que se generan dichas acciones. Es de vital importancia que la participación sea también la base para la evaluación posterior de la eficacia y del ajuste necesario de la autonomía al bien común.

#### ❖ Solidaridad

Presenta múltiples interpretaciones que pueden ir desde el utilitarismo hasta el comunitarismo. En cierto modo se puede entender como cooperación y su necesidad para el propio bien bajo la noción de identidad colectiva (Darras, 2004).

“La solidaridad asume que la atomización de un colectivo hace más vulnerable a cada uno de sus miembros, por lo cual es recomendable entender este colectivo como un sólido (=solidaridad) que aúna los esfuerzos de todos para paliar infortunios, defenderse de agresiones, construir un sistema de protección y elaborar en conjunto para la obtención de

bienes comunes. Implícita en la solidaridad está la igualdad, tanto de esfuerzo realizado como de protección obtenida, y allí donde esta simetría se rompe, aparecen los abusos y las desprotecciones de los más débiles.” (Shramm; Kottow, 2001).

La solidaridad sin dudas se constituye en principio fundamental para el logro de la equidad pero requiere de otros para la solución de los complejos problemas en el campo de la salud de las poblaciones.

#### ❖ Justicia distributiva en la salud

La bioética viene a constituirse como un camino de reflexión moral que permita orientar el trabajo “sobre las implicaciones, los factores condicionantes y el impacto de la investigación biomédica y psicosocial en sus íntimas relaciones con el bienestar humano, la preservación del ambiente y la justicia social” (Lolas, 1999), por tanto debe ser de especial interés el tema de la justicia distributiva y su relación con el derecho a la salud por parte de la ética social, ya que el desarrollo pleno de la persona que incluye su salud, no es totalmente posible por sus propias fuerzas, así como tampoco la familia puede ser autárquica ni garantizar todo lo necesario para el logro de las posibilidades de su miembros, por lo cual se van estableciendo redes, grupos, asociaciones, etc. cuyas relaciones deben regularse y ordenarse por el derecho y hacen necesaria para su cumplimiento una suprema institución social que aglutine y proteja el bien común. La acción social y la vida en sociedad deben contar por tanto, con una regulación ética de carácter obligatorio y la justicia social allí contenida se subordina al principio del bien común como un conjunto de medidas políticas, económicas y jurídicas tendientes a resolver los problemas sociales (Gamboa, 2008).

Reconociendo entonces la característica de singularidad en una colectividad ética, no podremos entender la justicia en términos de igualitarismo ignorando el valor individual de la persona. La igualdad puede asumirse como lo igual o como lo proporcional, siendo utilizadas estas concepciones por la justicia correctiva y la justicia distributiva respectivamente (Devis, 1999). Esta segunda interpretación de igualdad es la que da pie a la preocupación que debe orientar nuestra reflexión sobre el derecho a la salud y su relación con la distribución.

El Estado social de derecho busca la garantía de unos estándares mínimos de los derechos denominados de segunda generación tales como los de salud, educación, alimentación, vivienda, propiedad, etc. Es un Estado en el que la libertad y la igualdad “se coimplican, mutuamente; para lograrlo, transforma el sentido que la libertad del estado liberal tenía, para convertirla en una libertad de participación en lo social, que no el al hombre como un individuo autónomo, que hace su propia vida con independencia de lo social, sino que obliga a participar activamente en la persecución de fines sociales de justicia.” El estado moderno presenta como función la del bienestar público o social buscando procurar para todos los habitantes “la protección encaminada a conseguir los medios económicos, sanitarios, intelectuales y de cualquier índole, conducentes a una existencia digna, segura y cómoda, para quienes trabajan, para los impedidos de hacerlo o para los que hayan alcanzado la edad merecedora de descanso.” También se desarrollan en el estado social de derecho los denominados derechos de tercera generación conocidos como derechos colectivos y del ambiente e incluso se llega a hablar de los derechos de cuarta generación como aquellos de grupos y de minorías (Devis, 1999).

“Del interés por la autonomía a la preocupación por la justicia. Son dos dimensiones de la vida moral que se exigen mutuamente, pero que también entran en permanente conflicto. Sin una justicia que asegure la igualdad básica de oportunidades de todos en la vida social, la autonomía se vuelve retórica.” (Gracia, 2002).

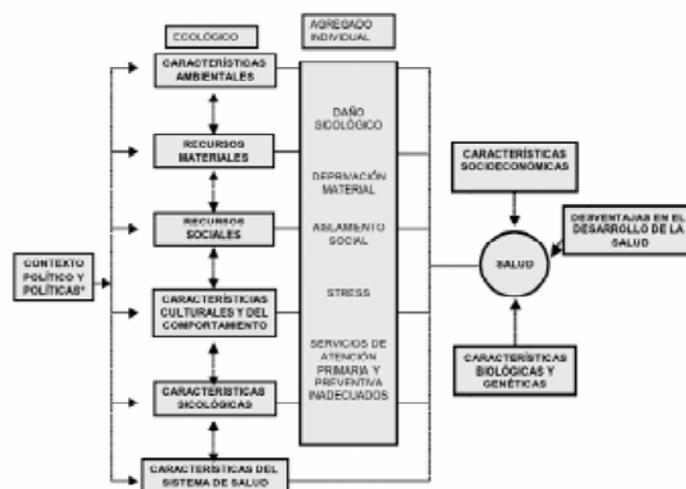
#### ❖ Equidad

La equidad entendida como “la ausencia de diferencias sistemáticas entre poblaciones o subgrupos poblacionales definidas socialmente, demográficamente o geográficamente, en uno a más aspectos de la salud”, es uno de los principios que debe orientar la salud colectiva (Starfield, 2001).

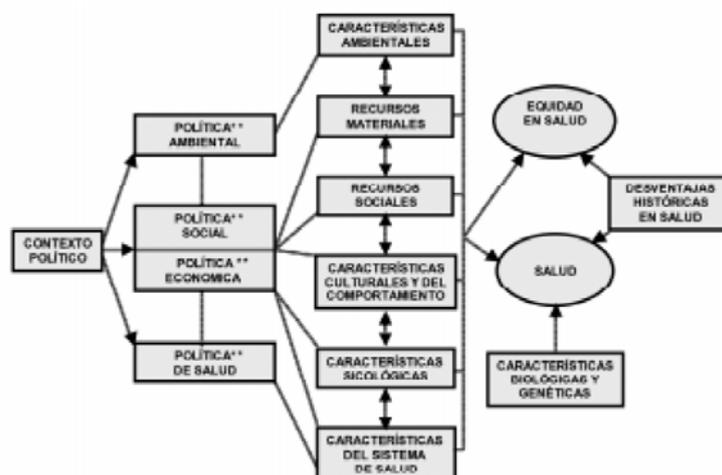
La equidad y la justicia en salud implican un gran reto mundial y aunque se ha dedicado mayor atención al acceso a los servicios de salud deben atenderse también otra gran cantidad de factores de los que depende la salud ya que se ha venido documentado cada vez más las diferencias en la salud dependientes de las diferencias de la población en aspectos socioeconómicos, demográficos, geográficos, étnicos, etc. Por ello la equidad en salud como “valoración ética de estas diferencias” es un importante objetivo nacional e internacional (Ferrer, 2003).

Aunque la injerencia que los factores sociales tienen sobre la salud es bien conocida hace muchos años, los servicios de salud hace poco asumen un papel importante en este sentido, ya que tradicionalmente el énfasis ha sido dado a la atención médica ignorando el valor que significa basar un sistema de salud en el fortalecimiento de la atención primaria ya que este es de menor costo y mayor acceso, más flexible y de respuesta más rápida a los cambios en las necesidades de salud de la sociedad. Esta evidencia de efectividad y eficacia debe ser soporte suficiente para establecer políticas sociales y políticas de salud que avancen hacia la equidad, fundamentadas en la atención primaria que se concentre en las personas y en las comunidades para satisfacer las necesidades comunes de la población e integrar la atención médica con otros niveles de servicio (Starfield, 2001). En relación con las políticas, el mejoramiento de la salud requiere enfoques multidisciplinarios para abordar factores socioeconómicos, políticos y económicos que son determinantes de la salud, afectan la distribución de los ingresos o afectan los servicios de salud.

**Figura N° 1**  
Influencias sobre la salud, nivel individual



**Figura N° 2**  
Influencias sobre la salud, nivel poblacional\*



“Se ha demostrado claramente que un mejor acceso al sistema conlleva a mejores resultados en el caso de enfermedades comunes en niños y jóvenes, las cuales son susceptibles a las intervenciones de atención primaria” (Starfield, 2001), dado que esta atención puede generar mayor equidad en salud, en especial para indicadores sensibles y críticos.

#### ❖ Otros principios

En adición a los pilares mencionados en los numerales anteriores, también es importante mantener a la vista otros principios que han sido propuestos desde diversas experiencias.

Para empezar, mencionar la pertinencia que se puede entender como “la necesidad de desarrollar intervenciones de salud pública que tengan una eficacia demostrada con un costo razonable” (Darras, 2004), pero también aceptada como la consideración de la perspectiva de la población ante la necesidad de resolver un problema.

Precisamente siguiendo la idea anterior, aparece otro principio que es el del enfoque intercultural, ya que “no se trata solamente de la no discriminación, no se limita al respeto de las otras culturas, sino que es el reconocimiento de que cada cultura tiene su propia racionalidad y subjetividad. No habría unas culturas científicas y otras mágicas, sino que todas son a la vez científicas y mágicas” (Darras, 2004) Por tanto, la pertinencia antes citada apela a estos aspectos culturales y además de la sensibilidad y el respeto busca ir más allá para que en forma efectiva y preponderante sean incorporados los enfoques, conceptos, racionalidades y valores con que se mira y entiende la salud en las poblaciones.

De alguna manera la aspiración al logro de los precedentes, agrega otro principio necesario que es el del abordaje multidisciplinario de la salud, ya que la fragmentación contemporánea de las disciplinas y las limitaciones propias de la especificidad de cada una, han logrado dividir la realidad haciéndola desintegrada e inabarcable por un solo ámbito del conocimiento. La realidad compleja y presente en las personas y las organizaciones sociales y colectivos demandan una comprensión más completa que requiere de la participación y unidad de muchos campos del saber.

## CONCLUSIONES

1. Tanto la salud pública como la epidemiología han surgido como campo nuevo en la bioética precisamente por los dilemas que se han presentado a los profesionales en este campo y por los problemas que han sido observados en estas investigaciones. Se señala que “la ética en salud pública puede ser definida como el conjunto de los principios, valores y virtudes que ayudan a guiar las acciones destinadas a promover la salud, prevenir lesiones y enfermedades en poblaciones” y que las acciones pueden ser en investigación en salud colectiva o en intervención social (Bedregal, 2008). También se enfatiza en los rasgos que el investigador o profesional debe tener en términos de la ética de la virtud, tales como la honestidad, el respeto por la persona humana, la responsabilidad, la fidelidad a la verdad y la prudencia sin ceder en el rigor científico.

2. Al generarse un interés o preocupación por la salud de un grupo poblacional surge la necesidad de aprender y comprender sobre ese colectivo para lograr el objetivo de proteger la salud. En este sentido es fundamental determinar la acción propia de las comunidades y definir su rol como sujetos participantes en el proceso de estudio e intervención (Bedregal, 2008).

3. Los profesionales del área deben disponer de instancias de consulta y de conocimientos adecuados sobre la dimensión ética de sus acciones así como también de las implicaciones que dichos actos y sus propias actitudes pueden tener en la toma de decisiones. Esto se debe traducir en

el deber moral de diseñar y adelantar estudios rigurosos de alta calidad en los que además no se olvide la afirmación de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2000) en su numeral 5, que dice: “la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad”.

4. Es importante entonces avanzar hacia la identificación, definición y análisis de las consideraciones éticas en la salud poblacional que pueden incluir aspectos tales como la persuasión y la coerción en las intervenciones; la identificación de riesgos, la estigmatización y la discriminación social; la justicia social, la **justicia** distributiva y el derecho a la salud; la responsabilidad individual en acciones colectivas; y las consideraciones científicas y estadísticas entre otras (Massé, 2003).

5. Es necesario establecer un marco conceptual para la discusión sobre la ética en la salud pública que vaya más allá de descripciones teóricas y se ubique en el contexto de los conflictos sociales considerando las diversas teorías éticas y su aplicación en programas de salud así como también la importancia del sustrato social y económico en la comunidad como elemento esencial en la investigación (Jennings, 2003).

6. El reto para el “investigador-interventor” está en la búsqueda e identificación de las similitudes y diferencias entre lo individual-personal y lo colectivo-comunitario, además que esta pesquisa la logre hacer con independencia de sus intereses científicos o de los afanes de solucionar problemas detectados. Es decir que se debe establecer un sano balance entre los intereses científicos personales o institucionales y los intereses

individuales-comunitarios además sin afectar patrones conductuales, culturales y éticos. Investigación comunitaria debe suponer “entender la comunidad, no como suma de individualidades sino como individuos en comunidad de interés”; “modificar patrones investigativos convencionales que y tienden a aislar el objeto del sujeto y viceversa”; “Considerar la comunidad como sujeto-objeto y no simplemente como objeto de investigación”; “identificar, asimilar y respetar los valores y normas ético-sociales prevalecientes”; “asimilar las necesidades sentidas y reales de la población en estudio”; y “ofrecer soluciones para los problemas comunitarios y no exclusivamente para los problemas del investigador o de la institución.” (Jennings, 2003).

7. En efecto como lo han propuesto las declaraciones y pautas comentadas en las nuevas perspectivas del trabajo en comunidad, un primer punto a lograr es el reconocimiento de los derechos que asisten a estas comunidades y que tiene que ver con su salud, su organización, su cultura, etc. Sin embargo, es necesario también avanzar en una perspectiva que deje de poner en desventaja a las comunidades y vaya más allá del simple reconocimiento y respeto de estos sistemas tradicionales de conocimiento para otorgarles la primacía que deben tener **incluso** por encima de las ciencias que pretender describirlos, investigarlos o intervenirlos. Avanzar hacia el dialogo intercultural como una herramienta del proceso de investigación en estos casos implica ampliar aún más los criterios que se han expuesto en los textos.

8. Otros elementos que van quedando para la consideración, hacen referencia por ejemplo, a los intereses del investigador y las motivaciones que tenga para adelantar el estudio o intervención, especialmente en el

caso en que es un agente externo que aborda una comunidad que generalmente no es de su pertenencia ni de su referencia. ¿Acaso se trata sólo de adquirir nuevos conocimientos o de sustraer información que pueda ser de valor? Es posible también que sea movido por nobles propósitos de solucionar situaciones críticas que hayan sido vistas, pero en todo caso es imprescindible que su presencia y su proyecto se haga deseable por la comunidad que debe entender su participación y debe ser debidamente consultada y participar voluntariamente en la búsqueda de ese conocimiento que permita una aplicación o utilidad directa para la comunidad. Se puede preguntar si “¿los individuos y las comunidades han solicitado esas acciones o intervenciones, las reconocen, las incorporan?”; “¿coincide esta decisión con el sentido de responsabilidad individual, con las costumbres, hábitos y valores éticos del receptor?; ¿se consultó la comunidad en esta toma de decisiones?” (Martínez, 2000). Estos detalles son frecuentemente olvidados por el afán preventivo-comunitario en el que prepondera la percepción del decisor que es el investigador asistido de su autoridad. En respuesta, se presenta “un desconocimiento inadmisibles de la salud de la poblacional” que da pie a planes y acciones que no servirán más allá del momento ni dejarán aprendizajes de utilidad en otros problemas o en situaciones similares.

9. De parte de la comunidad también se pueden presentar situaciones adicionales a las mencionadas hasta el momento. Por ejemplo, es posible que se conozcan ciertos problemas pero no quieran ser expuestos ni tocados con agentes externos o incluso ni siquiera por ellos mismos. También es posible que se identifiquen situaciones problemáticas desde afuera pero la comunidad no quiera o no pueda reconocerlos.

10. Al hablar de proyectos comunitarios es importante dar relieve a los problemas relacionados con los aspectos sociales, económicos y culturales que en general se pueden pasar por alto en las formas de investigación más comunes. Aunque puede ser cierto que hacen falta las herramientas o los recursos técnico-metodológicos para adelantar estas investigaciones de gran complejidad, también deben considerarse las experiencias pequeñas y locales que han tenido logros importantes y pueden ofrecer nuevos caminos para un adecuado abordaje de los problemas de salud en las comunidades y colectivos.

11. Para el manejo de todos estos aspectos tienen una especial importancia los comités y queda claro que en el ámbito de la salud de las poblaciones y los proyectos en comunidades son tantas las consideraciones necesarias que se hace crucial nutrir los comités que ayuden en el estudio de los problemas de la comunidad y asuman una actitud proactiva en la formación de los miembros del mismo comité y de la comunidad con los elementos requeridos para evaluar este tipo de procesos o crear comités particulares para abordar el tema. El desafío para este abordaje en la salud comunitaria implica que se debe dar un importante desarrollo organizacional e institucional con una apertura hacia la toma de decisiones que incluya investigación pertinente para dar información válida y una apertura también a la universidad, hacia otros campos de la salud y hacia ciencias sociales, biológicas y de la conducta así como también hacia el ámbito internacional. "... todo lo anterior debe ser supeditado a la actitud fundamental que da sentido a la Salud Pública: la preocupación permanente por captar las necesidades siempre mutantes de salud de la población, aprender de ellas y dar una adecuada respuesta" (Gandolfo, 1994).

12. Los comités deben ayudar a priorizar los diferentes principios de la bioética dado que resulta en la salud poblacional y su abordaje desde la bioética una consecuencia lógica, cual es la tensión entre los principios anglosajones clásicos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, ya que las medidas en procura de la beneficencia de un grupo pueden significar la restricción a la autonomía individual y así, las interpretaciones desde distintas miradas pueden confrontar **estos** principios hasta el punto de llegar a discutir cuál de ellos debe primar y como cumplirlos a la vez, ya que estos enfrentamientos finalmente deberían reflejar la concepción de las personas como sujetos con capacidades, consideraciones y valoraciones para tomar decisiones y no como objetos de intervenciones o medidas (Darras, 2004). Por esto mismo, en el ámbito de la salud de las poblaciones, se hacen necesarios principios como los ya mencionados destacando el respeto, la solidaridad, la responsabilidad, la veracidad, la precaución y la equidad entre tantos otros.

En este sentido, es inadecuado el modelo principialista para aplicarlo en la salud pública y seguirlo como pauta general, ya que solo hacen referencia a relaciones entre individuos como puede ser el caso de “médico-paciente o en la de investigador-probando”. En contraste la salud de los colectivos y su abordaje no necesariamente pasa por esta relación sino que se refiere a poblaciones humanas y a sus contextos socio-ambientales, a instituciones públicas, a políticas de promoción y prevención, etc. por lo que la moralidad de la salud pública no debe reducirse a la ética de la biomédica clínica. En efecto esta confusión implicaría el descuido de la especificidad de los problemas trabajados por la salud pública reduciéndolos a lo relevante en la clínica y no a la complejidad de la perspectiva salubrista en la cual las predicciones y los efectos de las

políticas son difíciles de cuantificar (Shramm; Kottow, 2001). “Los problemas éticos en salud pública no se dejan enmarcar adecuadamente en el pensamiento bioético actual inspirado en el modelo principialista y, más allá, la evaluación ética de políticas sanitarias, sobre todo de carácter preventivo, puede llevar a una especie de “tiranía sanitarista” (Becker, 1986) y a un “fanatismo preventivista” (Skrabanek, 1994), por lo cual es preciso dar con una ética específica para salud pública.” **Que utilice lo rescatable de la ética principialista y haga énfasis en la ética de la virtud y en el respeto.**

**Camilo A. Correal M. MD**

***Área Salud Pública y Proyección Social***

Facultad de Medicina

Universidad de La Sabana

Km 7 Autop. Nte. Campus Universitario Puente del Común.

Tels. 8615555, Ext. 2610-2611

**Celular: 3015470310**

1. Tanto la salud pública como la epidemiología han surgido como campo nuevo en la bioética precisamente por los dilemas que se han presentado a los profesionales en este campo y por los problemas que han sido observados en estas investigaciones. Se señala que “la ética en

salud pública puede ser definida como el conjunto de los principios, valores y virtudes que ayudan a guiar las acciones destinadas a promover la salud, prevenir lesiones y enfermedades en poblaciones” y que las acciones pueden ser en investigación en salud colectiva o en intervención social (Bedregal, 2008). También se enfatiza en los rasgos que el investigador o profesional debe tener en términos de la ética de la virtud, tales como la honestidad, la fidelidad a la verdad y la prudencia sin ceder en el rigor científico.

2. Al generarse un interés o preocupación por la salud de un grupo poblacional surge la necesidad de aprender y comprender sobre ese colectivo para lograr el objetivo de proteger la salud. En este sentido es fundamental determinar la acción propia de las comunidades y definir su rol como sujetos participantes en el proceso de estudio e intervención (Bedregal, 2008).
3. Los profesionales del área deben disponer de instancias de consulta y de conocimientos adecuados sobre la dimensión ética de sus acciones así como también de las implicaciones que dichos actos y sus propias actitudes pueden tener en la toma de decisiones. Esto se debe traducir en el deber moral de diseñar y adelantar estudios rigurosos de alta calidad en los que además no se olvide la afirmación de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2000) en su numeral 5, que dice: “la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad”.
4. Es importante entonces avanzar hacia la identificación, definición y análisis de las consideraciones éticas en la salud poblacional que pueden incluir aspectos tales como la persuasión y la coerción en las intervenciones; la identificación de riesgos, la estigmatización y la discriminación social; la justicia social, la justicia distributiva y el derecho a la salud; la responsabilidad individual en acciones colectivas; y las consideraciones científicas y estadísticas entre otras (Massé, 2003).
5. Es necesario establecer un marco conceptual para la discusión sobre la ética en la salud pública que vaya más allá de descripciones teóricas y se ubique en el contexto de los conflictos sociales considerando las diversas teorías éticas y su aplicación en programas de

salud así como también la importancia del sustrato social y económico en la comunidad como elemento esencial en la investigación (Jennings, 2003).

6. El reto para el “investigador-interventor” está en la búsqueda e identificación de las similitudes y diferencias entre lo individual-personal y lo colectivo-comunitario, además que esta pesquisa la logre hacer con independencia de sus intereses científicos o de los afanes de solucionar problemas detectados. Es decir que se debe establecer un sano balance entre los intereses científicos personales o institucionales y los intereses individuales-comunitarios además sin afectar patrones conductuales, culturales y éticos. Investigación comunitaria debe suponer “entender la comunidad, no como suma de individualidades sino como individuos en comunidad de interés”; “modificar patrones investigativos convencionales que y tienden a aislar el objeto del sujeto y viceversa”; “Considerar la comunidad como sujeto-objeto y no simplemente como objeto de investigación”; “identificar, asimilar y respetar los valores y normas ético-sociales prevalecientes”; “asimilar las necesidades sentidas y reales de la población en estudio”; y “ofrecer soluciones para los problemas comunitarios y no exclusivamente para los problemas del investigador o de la institución.” (Jennings, 2003).
7. En efecto como lo han propuesto las declaraciones y pautas comentadas en las nuevas perspectivas del trabajo en comunidad, un primer punto a lograr es el reconocimiento de los derechos que asisten a estas comunidades y que tiene que ver con su salud, su organización, su cultura, etc. Sin embargo, es necesario también avanzar en una perspectiva que deje de poner en desventaja a las comunidades y vaya más allá del simple reconocimiento y respeto de estos sistemas tradicionales de conocimiento para otorgarles la primacía que deben tener incluso por encima de las ciencias que pretender describirlos, investigarlos o intervenirlos. Avanzar hacia el dialogo intercultural como una herramienta del proceso de investigación en estos casos implica ampliar aún más los criterios que se han expuesto en los textos.
8. Otros elementos que van quedando para la consideración, hacen referencia por ejemplo, a los intereses del investigador y las motivaciones que tenga para adelantar el estudio o intervención, especialmente en el caso en que es un agente externo que aborda una comunidad que generalmente no es de su pertenencia ni de su referencia. ¿Acaso se trata sólo de adquirir nuevos conocimientos o de sustraer información que pueda ser de valor?

Es posible también que sea movido por nobles propósitos de solucionar situaciones críticas que hayan sido vistas, pero en todo caso es imprescindible que su presencia y su proyecto se haga deseable por la comunidad que debe entender su participación y debe ser debidamente consultada y participar voluntariamente en la búsqueda de ese conocimiento que permita una aplicación o utilidad directa para la comunidad. Se puede preguntar si “¿los individuos y las comunidades han solicitado esas acciones o intervenciones, las reconocen, las incorporan?”; “¿coincide esta decisión con el sentido de responsabilidad individual, con las costumbres, hábitos y valores éticos del receptor?; ¿se consultó la comunidad en esta toma de decisiones?” (Martinez, 2000). Estos detalles son frecuentemente olvidados por el afán preventivo-comunitario en el que prepondera la percepción del decisor que es el investigador asistido de su autoridad. En respuesta, se presenta “un desconocimiento inadmisibles de la salud de la poblacional” que da pie a planes y acciones que no servirán más allá del momento ni dejarán aprendizajes de utilidad en otros problemas o en situaciones similares.

9. De parte de la comunidad también se pueden presentar situaciones adicionales a las mencionadas hasta el momento. Por ejemplo, es posible que se conozcan ciertos problemas pero no quieran ser expuesto ni tocados con agentes externos o incluso ni siquiera por ellos mismos. También es posible que se identifiquen situaciones problemáticas desde afuera pero la comunidad no quiera o no pueda reconocerlos.
10. Al hablar de proyectos comunitarios es importante dar relieve a los problemas relacionados con los aspectos sociales, económicos y culturales que en general se pueden pasar por alto en las formas de investigación más comunes. Aunque puede ser cierto que hacen falta las herramientas o los recursos técnico-metodológicos para adelantar estas investigaciones de gran complejidad, también deben considerarse las experiencias pequeñas y locales que han tenido logros importantes y pueden ofrecer nuevos caminos para un adecuado abordaje de los problemas de salud en las comunidades y colectivos.
11. Para el manejo de todos estos aspectos tienen una especial importancia los comités y queda claro que en el ámbito de la salud de las poblaciones y los proyectos en comunidades son tantas las consideraciones necesarias que se hace crucial nutrir los comités que ayuden en el estudio de los problemas de la comunidad y asuman una actitud proactiva en la formación

de los miembros del mismo comité y de la comunidad con los elementos requeridos para evaluar este tipo de procesos o crear comités particulares para abordar el tema. El desafío para este abordaje en la salud comunitaria implica que se debe dar un importante desarrollo organizacional e institucional con una apertura hacia la toma de decisiones que incluya investigación pertinente para dar información válida y una apertura también a la universidad, hacia otros campos de la salud y hacia ciencias sociales, biológicas y de la conducta así como también hacia el ámbito internacional. “... todo lo anterior debe ser supeditado a la actitud fundamental que da sentido a la Salud Pública: la preocupación permanente por captar las necesidades siempre mutantes de salud de la población, aprender de ellas y dar una adecuada respuesta” (Gandolfo, 1994).

12. Los comités deben ayudar a priorizar los diferentes principios de la bioética dado que resulta en la salud poblacional y su abordaje desde la bioética una consecuencia lógica, cual es la tensión entre los principios anglosajones clásicos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, ya que las medidas en procura de la beneficencia de un grupo pueden significar la restricción a la autonomía individual y así, las interpretaciones desde distintas miradas pueden confrontar estos principios hasta el punto de llegar a discutir cuál de ellos debe primar y como cumplirlos a la vez, ya que estos enfrentamientos finalmente deberían reflejar la concepción de las personas como sujetos con capacidades, consideraciones y valoraciones para tomar decisiones y no como objetos de intervenciones o medidas (Darras, 2004). Por esto mismo, en el ámbito de la salud de las poblaciones, se hacen necesarios principios como los ya mencionados destacando el respeto, la solidaridad, la responsabilidad, la veracidad, la precaución y la equidad entre tantos otros.

En este sentido, es inadecuado el modelo principialista para aplicarlo en la salud pública y seguirlo como pauta general, ya que solo hacen referencia a relaciones entre individuos como puede ser el caso de “médico-paciente o en la de investigador-probando”. En contraste la salud de los colectivos y su abordaje no necesariamente pasa por esta relación sino que se refiere a poblaciones humanas y a sus contextos socio-ambientales, a instituciones públicas, a políticas de promoción y prevención, etc. por lo que la moralidad de la salud pública no debe reducirse a la ética de la biomédica clínica. En efecto esta confusión implicaría el descuido de la especificidad de los problemas trabajados por la salud pública reduciéndolos a lo relevante en la clínica y no a la complejidad de la perspectiva salubrista en la cual las predicciones y los efectos de las políticas son difíciles de cuantificar

(Shramm; Kottow, 2001). “Los problemas éticos en salud pública no se dejan enmarcar adecuadamente en el pensamiento bioético actual inspirado en el modelo principialista y, más allá, la evaluación ética de políticas sanitarias, sobre todo de carácter preventivo, puede llevar a una especie de “tiranía sanitarista” (Becker, 1986) y a un “fanatismo preventivista” (Skrabanek, 1994), por lo cual es preciso dar con una ética específica para salud pública.”

## REFERENCIAS

- Becker, M.H. 1986. *The tyranny of Elath promotion*. Public Health Review. 14: 15-25.
- Bedregal G., P. 2008. *Ética de la Investigación en Salud Pública*. ARS Médica, Revista de Estudios Médico Humanísticos, Universidad Católica de Chile. Consultada 08-feb-2008. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica13/eticainvest.html>
- Callahan, D.; Jennings, B. 2002. *Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship*. Am J Public Health. Vol 92, No. 2. Feb
- Campos R., JM; Solsona D., J.F. 2004. *Los comités asistenciales de ética: ¿necesarios o prescindibles?*. Rev. Med Intensiva. 28 (7): 362-4
- CIOMS – Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. 2002. *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. Ginebra. OPS/OMS.
- Costa, M.; López, E. 1986. *Salud Comunitaria*. Martínez Roca S.A. Barcelona.
- Darras, C. 2004. *Bioética y Salud Pública: al cruce de los caminos*. Acta Bioethica. Año X, No. 2. OPS-OMS. Washington.
- De Siqueira, J.E. 2001. *El Principio de Responsabilidad de Hans Jonas*. Acta bioethica. Vol.7, no.2.
- Devis-Morales, E. 1999. *La justicia en la distribución de los recursos de la salud*. Rev. Persona y bioética. Nos. 7 y 8, dic.
- Ferrer L., M. 2003. *Equidad y justicia en salud; Implicaciones para la bioética*. Acta Bioethica. Año IX, No. 1.
- Frenk, J. 1997. *Transiciones: vidas, instituciones, ideas*. Salud Pública de México. Vol.39, No.2. Mar./Apr. Cuernavaca.
- FUDESCO (Fundación para el Desarrollo de la Educación en Salud en Colombia). 1995. *Prevención y promoción de la salud en la seguridad social*. , Bogotá.
- Gamboa B., G. A. 2003. *Comités de ética y de bioética: una diferencia operativa*. Rev. Persona y Bioética. Vol7, No. 18, 2003.
- Gamboa, G. 2008. Charla, Especialización en Bioética, Universidad de La Sabana.
- Gandolfo, J.G. 1994. *Los desafíos de la salud*. Boletín Esc. de Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile. 23:3-5.
- Gracia G., D. 2002. *De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución*. Acta Bioética. Año VIII, No.1.
- Henderson, D. 1992. *La salud pública más allá del año 2000*. En OPS. 1992. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 540. Washington.
- Jara N., M.I. 2001. *Ética de la salud como ética de la vida*. Rev. Gerencia y políticas de salud. Pontifica Universidad Javeriana. No. 1, nov. 2001.
- Jennings, B. 2003. *Frameworks for ethics in public health*. Acta Bioethica. Año IX, No. 2. PAHO – OPS/OMS.
- Jonas, H. *El Principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Herder, 1995
- Lolas, F. 1999. *La bioética en el contexto de los programas de salud*. Rev. Panam. Salud Pública / Pan Am Public Health. 6(1). Organización Panamericana de la Salud. Washington.

- Lolás, F.; Outomuro, D. 2006. *Bioética y salud Pública*. En: Lolás, F.; et. al. *Investigación en Salud: Dimensión Ética*. Andros. Chile.
- Lopez M., S. 2000. *Salud Pública y Medicina Curativa: objetos de estudio y fronteras disciplinares*. Salud Pública de México. Vol. 42, No. 2. Marzo-Abril. México.
- Martínez, S. 2000. La Investigación Comunitaria y los Valores Éticos. En: *La Bioética del Fin de Siglo y hacia El Nuevo Milenio (Memorias III Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética)*. Academia Nacional Mexicana de Bioética. México.
- Massè R. 2003. *Ethique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Presses de l'Université Laval. Québec. Citado en: Darras, C. 2004.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2000) *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*.
- Ortiz, M.I.; Palavecino, S. 2005. *Bioética para una salud pública con responsabilidad social*. Actha bioética. Año XI, No. 1.
- Ortún, V. 2007. *Salud pública: «a la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)»*. Gaceta Sanitaria. Vol 21, No. 6. Nov/Dic. Barcelona.
- Pelcastre-V., B. 2003. *Los modelos de la salud pública a lo largo de un siglo*. Higiene, 5(1).
- Sarria C., M. 2007. *Bioética, investigación y salud pública, desde una perspectiva social*. Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 33 No.1 La Habana Jan./Mar. 2007
- Xavier Sarrias Lorenz del Comité Ético Asistencial (CEA) del Hospital universitario de Bellvitge, en Barcelona. Disponible en: ACEB, Associació Catalana D'estudis Bioètics. <http://www.aceb.org/>. Obtenido: Noviembre de 2009.
- Shramm, F.R.; Kottow, M. 2001. *Principios Bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*. Cad. Saúde Pública. 17(4), jul-ago. Rio de Janeiro.
- Skrabanek, P. 1994. *The death of human medicine and the rise of coercitive healthism*. The Social Affairs Unit. London.
- SIE, International Society of Ethnobiology (ISE). Disponible en: [http://ise.arts.ubc.ca/global\\_coalition/ethics.php](http://ise.arts.ubc.ca/global_coalition/ethics.php) Consultado marzo 4 de 2008.
- Starfield, B. 2001. *Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos*. Rev. Gerencia y Políticas de Salud. No.1, nov. 2001. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Tealdi, J.C. 1992. *Diez preguntas básicas sobre los comités hospitalarios de ética*. Ponencia presentada en el primer Encuentro Nacional de Comités de Ética de la Salud Manuel B. Gonet. Red Regional de Comités de Ética. Escuela Latinoamericana de Bioética. Revista Noticias. Sindicato Médico del Uruguay. No. 55.
- UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). 2005. *Creación de Comités de Bioética*.
- UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). 2005. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf>
- Wikler D. *Presidential Address: bioethics and Social Responsibility*. Bioethics 1997; 11 (3-4): 185-192.

