

Ética en la salud pública

- **Obesidad, salud sexual y reproductiva, adicciones y bioética**
- **Investigación y enseñanza en salud pública**
- **Ética, derechos humanos y salud pública**

encuentro bioético

Ética en la vigilancia de salud pública.
Conversación con el Dr. Gabriel García Rodríguez.
Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



30
1992
2022
ANIVERSARIO

Comisión Nacional de Bioética

Horizonte de acciones estratégicas



30 Años CONBIOÉTICA
Con salud, con ciencia, con todos, con México



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



- 2 **Editorial**
Ética en la salud pública
- 3 **A fondo**
 - *Obesidad y salud pública: una mirada bioética a un fenómeno mundial*
Eduardo Farías Trujillo
- 8 • *Desafíos bioéticos y legales de la salud sexual y reproductiva en México*
Alma Beltrán y Puga
- 14 • *Adicción y bioética en la salud de la sociedad*
Francisco Julio Pellicer Graham
- 19 • *Ética y salud pública dental*
Marisol Noriega Ebel
- 23 • *La gratuidad de la prestación de servicios médicos como condicionante social de la salud*
Pedro Isabel Morales Aché
- 28 • *Ética y seguridad alimentaria en un contexto de sostenibilidad agropecuaria*
Alfredo Camhaji Samra
- 35 **Escenario nacional**
 - *Principios éticos de la práctica de investigación y enseñanza de la salud pública. El caso del Instituto Nacional de Salud Pública*
Eduardo C. Lazcano Ponce y Mario Henry Rodríguez López
 - *Formación y praxis en bioética de los profesionales de la salud pública y su participación en los comités hospitalarios de bioética*
Guadalupe Silvia García de la Torre, Carlos Alberto Pantoja Meléndez, J. Gilberto Huerta García, Priscila Viridiana Ochoa Arias, Víctor Gómez Bocanegra
- 47 **Escenario internacional**
 - *Un enfoque ético de derechos humanos para la calidad de vida y la salud: aplicaciones para planificar en salud pública*
Armando De Negri Filho
- 57 **Encuentro bioético**
 - *Ética en la vigilancia de salud pública. Conversación con el Dr. Gabriel García Rodríguez. Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud*
 - *Aspectos relevantes de la ética en la investigación durante la pandemia para el cumplimiento de las medidas de salud pública. Infografía CONBIOÉTICA*
- 63 **Tareas y perspectivas institucionales**
 - *Entrevista de la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud al Dr. Patricio Santillán Doherty. Comisionado Nacional de Bioética*
 - *Firma de convenio de colaboración de la Universidad Autónoma de Zacatecas y homenaje al Dr. Enrique Argüelles Robles*
Gabriela Pineda Hernández
- 67 **Cultura y bioética**
Sugerencias en medios digitales de la CONBIOÉTICA
Ariana Leticia Landín López
- 71 **Rincón bibliográfico**
Sugerencias editoriales de la CONBIOÉTICA
Karla Nallely Rosas Chelius

La particular relevancia del enfoque colectivo de la salud pública y los aspectos éticos que conllevan las acciones orientadas a mejorar la salud de la población en su conjunto, disminuir las inequidades y llevar a cabo una distribución justa, presentan diversas aristas y desafíos. Esto puede observarse en la complejidad del abordaje de problemáticas específicas, así como en la toma de decisiones, en donde resulta fundamental la inclusión de la ética.

En consideración de lo anterior -y por su trascendencia tanto en el contexto global como en el nacional, dada la diversidad étnica y cultural, así como de valores y necesidades- este nuevo número de la Gaceta CONBIOÉTICA, presenta el tema *Ética en la salud pública*, poniendo de relieve la tarea esencial de procurar el beneficio de la salud de las poblaciones, mediante acciones éticamente aceptables.

Por su propia definición, la salud pública expande su espectro de impacto más allá de la esfera individual. Si bien hay distintas acepciones de este concepto, todas recuperan el valor del entorno de los individuos y lo consideran como parte de un conjunto en el que intervienen familia, comunidad y sociedad como un todo.

La salud pública transforma el cuerpo individual, como objeto de la salud, en un cuerpo socializado y en un cuerpo social normalizado. Pasa del tratamiento de la enfermedad a la planificación de la salud. De esta manera, la salud pública introduce tensión entre sus

principios y aquellos de la bioética, los cuales, *per se*, suelen convivir en tensión permanente. Ejemplo de lo anterior, es la pandemia por COVID-19, que exigió la implementación de medidas de cuarentena –en algunos casos obligatoria- con el argumento de la protección de la sociedad en su conjunto y que se traduce en la limitación de la autonomía, bajo la premisa de privilegiar la salud colectiva por encima del derecho individual a la libre movilidad.

En la esfera de la salud pública, no basta con procurar y mantener la salud de las poblaciones, además debe atender los problemas de carácter socioambiental, mediante resoluciones razonables y garantizadas, con la finalidad de proveer calidad de vida, sin distingos sociales, económicos, étnicos, culturales, políticos y/o religiosos, entre otros. En este sentido, y para el logro de lo anterior, es manifiesta la obligación de las estructuras gubernamentales. La bioética, por su parte, tiene el reto de orientar la toma de decisiones, en un contexto apegado a la realidad de las problemáticas en salud de carácter colectivo.

En razón de la anterior, se espera que la lectura de los artículos de esta Gaceta, inviten a la reflexión e interiorización de la ética, en los múltiples niveles de impacto de la salud pública, en donde cobra gran relevancia la implementación de políticas públicas que consideren la transición demográfica de la sociedad y las múltiples determinantes sociales, ambientales y culturales de la salud.

Obesidad y salud pública: una mirada bioética a un fenómeno mundial

Eduardo Farías Trujillo*

Introducción

El objetivo de este trabajo es proponer el abordaje de la obesidad desde un punto de vista filosófico y resaltar la urgencia de no asumir la alimentación como su causa única y fundamental, sino que existen condiciones de posibilidad a niveles ambientales y ámbitos universales. Solo así es posible establecer una política pública eficaz. Esta es la razón por la que es plausible e imposterable emplear procedimientos racionales basados en las leyes de comprensión y del estudio de la obesidad como un todo, pero atendiendo a las circunstancias de cada persona.

Un enfoque simplista, monocausal, con una narrativa de culpa y victimización sobre el fenómeno de la obesidad, deja de lado la compleja interacción entre los factores que no están bajo el control de los individuos —por ejemplo, epigenéticos, biológicos, psicosociales, espirituales—, los factores ambientales más amplios y la actividad de la industria —por ejemplo, la disponibilidad y el precio de los alimentos, el entorno construido, la comercialización, las políticas, la cultura de los fabricantes— que sustentan este fenómeno.

La narrativa contemporánea presenta, errónea y sesgadamente, a las personas con obesidad como “culpables” de su enfermedad, porque ellos son “débiles” y carecen de “fuerza de voluntad”; prefieren la comida rápida y los regímenes de alimentación incorrectos. Esta narrativa provoca la estigmatización, la discriminación, incluso, en los ámbitos de los servicios de salud, del empleo y de la educación, y mina la integridad individual, además de que se simplifican en exceso y se confunden las condiciones de posibilidad de la obesidad (Farías-Trujillo 2022).

1. Marco ético para la salud pública

Entiendo por salud pública todas aquellas entidades gubernamentales que buscan mejorar la salud de la colectividad al través del mejoramiento de la salud de los individuos por diversos medios, ya sea la prevención, la detección y el tratamiento de enfer-

medades, o el monitoreo y la modificación del entorno ambiental, social, económico y político (Edemekof y Tenny 2021).

Una pregunta nodal al enfrentar el tema de la obesidad es si, realmente, de manera absoluta es una enfermedad, de tal manera que se deban implementar políticas públicas para erradicarla, o si se trata de una condición, de una elección o de una situación para la que, prácticamente, existen pocas o nulas probabilidades de escape.

De acuerdo con el tipo de respuesta que se dé a esta cuestión, se hace necesaria la generación y aplicación de un marco ético para las políticas públicas que se diseñan con el fin de prevenir, abordar y erradicar este fenómeno. En este marco de filosofía moral, Have et al. (2012) sugieren que la prevención de la obesidad ocupa un lugar destacado en la agenda política, de salud pública y de investigación. Sin embargo, los programas para prevenir y abordar la obesidad son susceptibles a varias trampas éticas. Por ejemplo, los programas pueden presentar a las personas con sobrepeso como perezosas, poco atractivas e inteligentes y, por lo tanto, estigmatizantes; los programas pueden atribuir la responsabilidad de la obesidad únicamente a los individuos y descuidar la influencia del entorno obesogénico, culpando así a la víctima; y los programas pueden ser ineficaces entre los grupos donde las tasas de obesidad son más altas y, por lo tanto, refuerzan las desigualdades en salud.

En este sentido, las políticas públicas tienden a moralizar a las personas obesas de dos maneras: definiendo un estándar de peso y convirtiéndolo en un objetivo de política, sin considerar estudios alternativos sobre la reducción de peso y sus riesgos para la salud, y asignando la responsabilidad de la reducción de peso a cada individuo, mi-

*EFarías, Profesor de las universidades Autónoma de Querétaro y Clarkson, de Nueva York; Administrador, con el Mtro. Raúl Jiménez Piña, de la CONBIOÉTICA, de los cursos de capacitación en línea de la Unidad de Bioética.

nimizando el papel de los demás actores, como las autoridades y las empresas de alimentos. Además, estas políticas reflejan la debilidad del Estado frente a otros intereses, principalmente la industria alimentaria, pero también adoptan una visión de la política de salud y salud pública que enfatiza el papel principal de los individuos en su propio bienestar (Berry 2020), porque las políticas públicas no son actividades privadas que surjan de intereses privados de un individuo, una empresa o un consorcio de personas naturales o morales —aunque pueden y pueden eventualmente participar en el diseño y la implementación de políticas—, sino que son decisiones comunitarias cuya justificación depende de la contribución al bien común y a la consolidación de un espacio público. Una política pública que se traduce en actividades privadas pierde su esencia. Sin embargo, actualmente, la política pública está cargando su peso sobre los hombros de los varones y de las mujeres individualmente.

No se puede negar que la obesidad es uno de los principales retos de salud global del siglo XXI. Hoy, México es el segundo mundo en prevalencia de obesidad en la población adulta, que es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea. En cuanto a los niños, México ocupa el cuarto lugar en prevalencia mundial de obesidad, detrás de Grecia, Estados Unidos e Italia. En nuestro país, más del 70% de la población adulta, entre 30 y 60 años, tiene sobrepeso. La prevalencia de sobrepeso es mayor en varones que en mujeres, mientras que la prevalencia de obesidad es mayor en mujeres que en hombres. Aproximadamente el 70% de la población mexicana adulta tiene un peso corporal excesivo -considerando la gravedad de la situación-, las soluciones a este problema se basan en cambiar los ambientes y cambiar los hábitos y comportamientos individuales relacionados con la alimentación y la actividad física (Barquera y Rivera 2020).

Para que una política pública aborde adecuadamente la obesidad debe dejarse de lado

el paradigma mecanicista reduccionista y el pensamiento monocausal, que actualmente domina la formación y bloquea la interpretación de las múltiples dimensiones de la vida. La relación entre salud y enfermedad, entre buena alimentación y obesidad, depende de múltiples y complejas condiciones, que en gran medida no se rigen por las leyes de las ciencias naturales. En cambio, las causas de la obesidad abarcan influencias psicológicas, sociales y económicas: nuestro entorno en el sentido más amplio. Estas influencias son determinantes de la salud. Por lo tanto, el análisis, la interpretación y la orientación no pueden restringirse al arsenal intelectual y metodológico de las ciencias naturales. No existe una única causa de la enfermedad, sino múltiples condiciones de posibilidad y agentes o sujetos morales que contribuyen a la obesidad.

Desde una mirada bioética, los funcionarios de salud pública comprometidos a incorporar la ética en su práctica deben crear un contexto organizacional con base ética. Esto se puede hacer vinculando los estándares de desempeño a los principios morales y alentando a los empleados a integrar la ética en su trabajo a través del desarrollo de metas y resultados medibles basados en los valores y principios de la salud pública. Más allá de esto, es recomendable crear un marco ético de salud pública para la toma de decisiones y la planificación en políticas e intervenciones de salud pública (Akrami et al. 2018). Este es sumamente indispensable, sobre todo, porque la bioética se ha posicionado como un quehacer inter y multidisciplinario que promueve un abordaje integral de la salud para enfrentar las tensiones y conflictos que se derivan del choque de valores, considerando la ponderación entre intereses individuales y colectivos, y salvaguardar la protección de colectivos en condiciones de vulnerabilidad.

La experiencia mundial muestra que el cuidado adecuado de la obesidad requiere formular y coordinar estrategias multisectoriales y eficientes para potenciar los facto-

res protectores de la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario.

Actualmente, en México, y en el mundo, tenemos la oportunidad de construir—bajo una perspectiva multidisciplinaria y global—un entendimiento común e identificar valores compartidos para abordar los problemas en los campos biotecnológico, ético, legal y social, así como presentar argumentos que apoyen o rechacen determinados puntos de vista, a través de la deliberación y argumentación, en un marco de tolerancia y respeto.

2. La obesidad en México

La obesidad es uno de los principales desafíos para la salud pública debido al impacto negativo en la calidad de vida de quienes la padecen, el alto riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, la muerte prematura y la gran demanda de recursos que se encuentran requerido para enfrentarlo.

Lo factores que más contribuyen a un ambiente insalubre que promueve la obesidad es la falta de acceso a alimentos frescos y saludables, la comercialización agresiva de productos alimenticios dirigidos a los niños y a las niñas, y la alta exposición a alimentos ultraprocesados en hogares, escuelas y mercados.

En 2016, México declaró alerta epidemiológica debido a los altos índices de diabetes y obesidad. Un tercio de los niños y adolescentes mexicanos tienen sobrepeso u obesidad, debido, entre otras condiciones, a que los mexicanos y mexicanas somos los mayores consumidores de productos ultraprocesados, incluidas las bebidas azucaradas, en América Latina. Las tasas más altas de consumo se encuentran entre los niños en edad preescolar que reciben alrededor del 40 por ciento de sus calorías de estos productos.

Desde 2020, México (MODIFICACIÓN 2020) ha adoptado un nuevo etiquetado frontal en los paquetes de diversos productos comestibles y bebibles, que ha sido apoyado

por varias instituciones gubernamentales, la academia, la sociedad civil y organizaciones internacionales, incluido UNICEF. Fundamentado en la evidencia más actualizada y convincente, este tipo de etiquetado advertirá a los consumidores sobre el exceso de calorías, azúcar, sodio, grasas saturadas y grasas trans, así como sobre la cafeína y los edulcorantes artificiales.

Es importante, en este punto, señalar que ninguna medida, por sí sola, será suficiente para resolver este desafío. Considerando que existen diversos actores y factores involucrados en el desarrollo de la obesidad, el trabajo conjunto del gobierno, los profesionales de la salud y la población en general es fundamental para prevenirla y tratarla.

Las condiciones que posibilitan que un ser humano viva con obesidad son, entre otras, un inadecuado régimen alimentario, un estilo de vida consumista, una propaganda y una actitud agresiva del mercado, el estrés y los medicamentos, enfermedades y ambiente obesogénico. La propuesta de integrar una filosofía moral de la obesidad a las políticas públicas significa que no podemos obligar a nadie a vivir de tal o cual manera, siempre y cuando no afecte negativamente a terceros; que hay decisiones que toma la gente y que no siempre parecen ser las mejores, pero que hay que respetar, porque se tomaron con plena conciencia y libre albedrío; que, frecuentemente, miles de hombres y mujeres se ven obligados a vivir en condiciones de riesgo vital, porque les es prácticamente imposible modificar su circunstancia. Cualquier iniciativa pública que intente atajar el fenómeno de la obesidad debe considerar todas estas variables, porque, está destinada al fracaso.

En otras palabras, la autonomía a nivel personal es una condición necesaria para establecer relaciones equilibradas entre los seres humanos. Una persona sana, con un mínimo de competencia ética, es la mejor calificada para definir y decidir la dignidad de su propia vida y de su propia muerte. Ahora bien, conscientes de que la compe-

tencia ética de aquellos no siempre es la óptima, o que todos manejan información relevante en todo momento, entran en juego otras entidades importantes para cualquier ser humano, tales como la familia, los amigos y los expertos, quienes, desde su propia ética o competencia profesional, colaboran en la definición de la situación y en la elaboración y sustentación de las decisiones personales (Bello 2007, 121). Mi propuesta es abordar una autonomía no absoluta, sino apoyada, potencializada y sostenida por la comunidad a la que pertenece cada hombre y cada mujer.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, considero que la obesidad representa un conjunto complejo de problemas éticos, médicos, sociales, religiosos, económicos y de salud pública que han sido refractarios al estudio y la resolución efectiva de problemas. Existen muchas cuestiones que se encuentran en el centro de nuestra incapacidad para comprender la naturaleza fundamental del problema y que impiden la investigación se oriente a la implementación de soluciones efectivas.

Entonces, es posible que se logre un mayor éxito en la prevención y el tratamiento de la obesidad superando cinco deficiencias generales y, hasta cierto punto, interrelacionadas, cada una de las cuales, además, tiene implicaciones políticas:

1) Falta de claridad conceptual en la definición de obesidad;

2) Existe una variedad de problemas metodológicos que fomenta la generación de datos que perpetúan los conceptos erróneos sobre las condiciones de posibilidad de la obesidad;

3) Falta una propuesta de filosofía moral sobre el cuerpo, la alimentación y la obesidad;

4) Se han suscitado diálogos académicos, incluidos los procesos de revisión por pares, que aceptan acríticamente suposiciones *a priori* sobre las condiciones que posibilitan este fenómeno; dichas suposiciones se han

generado en modelos inexactos de obesidad y en fundamentos probatorios inadecuados;

5) Es urgente y necesario mantener una investigación continua de la obesidad, con claras consideraciones éticas.

De esta manera, queda claro que la obesidad es un vasto campo que necesita seguir siendo investigado, tanto para proteger, apoyar y sostener a las personas que viven con esta condición, como para seguir buscando las mejores propuestas para quienes, libre y conscientemente, quieren y pueden vivir con un peso que les signifique buena calidad de vida.

Conclusión

Es urgente continuar con la investigación multi y transdisciplinaria sobre la obesidad, que incluya aspectos éticos, así como una gran claridad y precisión en cuanto a cómo definir la obesidad: la forma de enfrentarla será muy diferente si se trata de una condición de riesgo para la salud o si es una enfermedad o, como algunos la han catalogado, una pandemia.

Quienes viven, o vivimos, con obesidad tienen derecho a conocer los riesgos a los que se enfrentan: algunas personas podrán cambiar su estilo de vida; otros no lo harán; pero muchos otros no podrán hacerlo, aunque lo deseen. Las "obesidades" son variadas y en cada una se pueden encontrar múltiples factores y actores que la hacen posible.

En otras palabras, las personas con obesidad se encuentran en esa situación debido a diferentes condiciones; por tanto, desde la filosofía moral y desde la bioética, se puede argüir que los seres humanos, de forma autónoma, pero también acompañados de las entidades más importantes como familiares, amigos y expertos, deben discernir si están en condiciones reales o no de bajar de peso; en caso de que sí lo estén, deberán dilucidar si les es útil, respondiendo una pregunta que no está presente en las políticas públicas: ¿por qué es bueno, conveniente o

correcto para mí bajar de peso?; ahora bien, en caso de que sea imposible perder peso, las personas con esta condición deben recibir apoyo para asimilar su situación y vivir con una buena calidad de vida; por último, no se debe obviar que habrá personas que no quieren bajar de peso, aun cuando recibían información sobre los riesgos a los que podrían enfrentarse. Ningún hombre ni ninguna mujer, con autonomía y sin dañar a terceros, deben ser forzados a perder peso; no deben ser ni demonizados, ni estigmatizados ni atacados (Tilka et al. 2014, 13).

Desde el punto de vista de la filosofía moral, hay que invitar a las personas con obesidad a tomar conciencia de las condiciones de posibilidad de su situación. Hay múltiples factores potenciales que contribuyen a este fenómeno, tales como los genéticos,

ambientales, conductuales, fisiológicos, psicológicos, sociales, espirituales y los económicos.

Las políticas públicas, finalmente, si pretenden ser eficaces, deberían incluir a las personas que viven con esta condición, además de tener mecanismos de evaluación y seguimiento. México debe adoptar medidas para monitorear y evaluar sus políticas públicas, a fin de garantizar que se diseñen e implementen de manera efectiva para lograr el máximo impacto. Esta evaluación debe tener en cuenta la injerencia de las industrias alimenticias y de bebidas azucaradas en las políticas públicas, además de la publicidad de sus productos, especialmente aquella dirigida a niños y adolescentes. A mayor nivel de vulnerabilidad, se requiere mayor nivel de protección.

Referencias

- Akrami, F., Zali, A., Abbasi, M., Majdzadeh, R., Karimi, A., Fadavi, M., & Mehrabi Bahar, A. (2018). An ethical framework for evaluation of public health plans: a systematic process for legitimate and fair decision-making. *Public health*, 164, 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.07.018>
- Barquera, S., & Rivera, J. A. (2020). Obesity in Mexico: rapid epidemiological transition and food industry interference in health policies. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 8(9), 746–747. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30269-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30269-2)
- Bello R., G. (2007). La protección de la vida humana y el significado de la dignidad. *Azafea. Rev. filos.* 10, 2008, pp. 105-122. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2668969>
- Berry E. M. (2020). The Obesity Pandemic-Whose Responsibility? No Blame, No Shame, Not More of the Same. *Frontiers in nutrition*, 7, 2. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.00002>
- Bolton, D., and Gillett G. (2019). The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments. *Cham: Palgrave Pivot*. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-030-11899-0.pdf>
- Edemekong, P.F. &Tenny, S. (2021). Public Health. *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470250/>
- MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados-Información comercial y sanitaria, publicada el 5 de abril de 2010. https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/8150/seeco11_C/seeco11_C.html
- Farías-Trujillo, E. (2022). My Mother, Obesity and Me: Our Narrative. How Obesity Is Intimately Related to Biopsychosocial and Spiritual Factors. In: Barrett, D.H., Ortmann, L.W., Larson, S.A. (eds) *Narrative Ethics in Public Health: The Value of Stories. Public Health Ethics Analysis*, vol 7. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-92080-7_15
- Have, M. T., van der Heide, A., Mackenbach, J. P., & de Beaufort, I. D. (2013). An ethical framework for the prevention of overweight and obesity: a tool for thinking through a programme's ethical aspects. *European journal of public health*, 23(2), 299–305. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks052>
- Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of obesity*, 2014, 983495. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>

Desafíos bioéticos y legales de la salud sexual y reproductiva en México

Alma Beltrán y Puga*

En septiembre del 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) discutió tres asuntos de la mayor relevancia en materia de salud sexual y reproductiva. El primero de ellos fue considerar que el aborto por voluntad de las mujeres no debe ser un delito, sino un derecho fundamental de las personas con capacidad de gestar que se desprende de la Constitución. En segundo lugar, la SCJN analizó las problemáticas que presentan las reformas estatales a la protección a la vida en gestación frente a los derechos reproductivos establecidos en la Constitución Federal. En tercer lugar, la Corte analizó la figura de la objeción de conciencia. En este ensayo, se explorará cómo estas tres sentencias de la SCJN constituyen un parteaguas en la jurisprudencia constitucional de México, esclareciendo sus alcances para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. De igual manera, se identificarán también algunos desafíos bioéticos para su implementación en el sistema público de salud.

Los enfoques contemporáneos sobre la salud sexual y reproductiva han dejado atrás la criminalización de conductas que afectan a las personas gestantes, especialmente a las mujeres, moviéndose hacia una perspectiva de género y derechos humanos. El giro a la democracia ha implicado, para países como México, modificar leyes ancestrales que castigan las elecciones de las mujeres sobre su sexualidad y reproducción (Cook, Dickens & Fathalla, 2005). Esto significa mejorar también las políticas públicas para que se pongan en el centro los intereses de las personas sobre su salud y bienestar, uno de los principios rectores de la bioética. Cabe destacar que el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos fundamentales por la SCJN, en sus recientes fallos, constituye un avance judicial significativo para promover y garantizar la prestación de servicios de salud reproductiva a nivel nacional. Estas sentencias constituyen jurisprudencia obligatoria para todos los jueces y tribunales federales del país. Además, establecen parámetros legales que los otros dos pode-

res (Ejecutivo y Legislativo) deben tomar en cuenta en el diseño e implementación de leyes y políticas públicas sobre tres materias: aborto voluntario, objeción de conciencia y la protección de la vida en gestación.

1. El aborto voluntario como parte del derecho a decidir, reconocido en la Constitución

En la sentencia sobre la despenalización del aborto, la Corte consideró que las mujeres –y las personas con capacidad de gestar– *tienen el derecho a decidir* sobre la interrupción de un embarazo no deseado. Así, la SCJN estimó que este derecho:

Es resultado de una combinación particular de diferentes derechos y principios asociados a la noción esencial de que es intrínseco a la persona humana la disposición de su libertad de autodeterminarse y escoger libremente las opciones y circunstancias que le dan sentido a su existencia, conforme a sus propias convicciones. El sustrato de esta prerrogativa lo constituyen la dignidad humana, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, la igualdad jurídica, el derecho a la salud (psicológica y física) y la libertad reproductiva (...) (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, para. 53).

Con fundamento en los artículos 1 y 4 de la Constitución, que establecen el derecho a la igualdad y no discriminación y la libertad reproductiva, la SCJN estimó que las personas tienen *el derecho fundamental a decidir* sobre los métodos anticonceptivos, el uso de técnicas de reproducción asistida y la interrupción del embarazo. Todas estas elecciones reproductivas, “dan sentido al proyecto de vida de las personas como seres libres en el ámbito de un Estado moralmente plural y laico.” (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad, 148/2017, para. 58).

*ABeltrán, Integrante del Colegio de Bioética A.C. México e investigadora afiliada del Petrie-Flom Center for Health Law Policy, Biotechnology, and Bioethics of Harvard Law School.

Por lo tanto, las leyes que penalizan de manera absoluta el aborto son contrarias a la Constitución. La decisión sobre si continuar o no un embarazo también respeta la dignidad humana, otro principio constitucional, que se apoya en “la conciencia y en la libertad” (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, para. 63). En virtud de que la decisión de tener un(a) hijo(a) impacta significativamente en el proyecto de vida de las personas y en el *libre desarrollo de su personalidad*, es decir, de lo quieren materializar en sus planes de vida, las elecciones reproductivas deben tomarse de manera libre y sin coacción por parte del Estado. Lo anterior supone también un respeto por la libertad de creencias y el pluralismo ideológico, pues cada persona, independientemente de su religión, es libre de establecer el curso de acción de su vida sin que el Estado pueda imponerle un proyecto en particular.

En ese sentido, la SCJN considera que un Estado laico y democrático es aquel que respeta el ámbito privado de las personas, privilegiando su autonomía para tomar decisiones reproductivas libres e informadas:

Esta óptica permite advertir que la constitucionalización del derecho a decidir reconoce la existencia de una multiplicidad de perfiles éticos, de conciencia y de religión, y se define como un presupuesto para la coexistencia armónica de cualquier convicción, en el sentido de que su diseño evita la imposición de cualquier visión por encima de otra, entendiendo al ser humano como racional y responsable de sus propias decisiones en pleno respeto de la propia autodeterminación (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, para. 81).

Por lo tanto, la SCJN concluyó que el derecho a decidir de las mujeres y personas con capacidad de gestar tiene siete implicaciones esenciales (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, para. 358-365):

- a) La educación sexual como pilar de la política pública en materia de salud reproductiva.
- b) El acceso a consejería y asesoría en planificación familiar y métodos de control natal.
- c) El reconocimiento de la mujer y las personas gestantes como titulares del derecho a decidir la continuación o interrupción de su embarazo.
- d) La garantía de tomar una decisión informada en relación con la interrupción o continuación de su embarazo.
- e) El derecho a decidir comprende dos ámbitos de protección de igual relevancia, claramente diferenciados y que encuentran su detonante en la elección de la mujer o persona con capacidad de gestar.
- f) La garantía de que las mujeres que así lo decidan puedan interrumpir su embarazo en las instituciones de salud pública de forma accesible, gratuita, confidencial, segura, expedita, y no discriminatoria.
- g) El derecho de la mujer a decidir sólo puede comprender el procedimiento de interrupción del embarazo dentro de un breve periodo cercano al inicio del proceso de gestación.¹

Los efectos de esta sentencia de la Corte que, por la mayoría de votos alcanzada (10 de 11), constituye jurisprudencia en el país son los siguientes:

- Las leyes que penalicen de forma absoluta el aborto en los estados, sin establecer plazos razonables para la interrupción del embarazo, son contrarias a la Constitución. Lo que quiere decir que pueden demandarse por medio del amparo cuando sean aplicadas en perjuicio de las mujeres y los médicos.

¹ Al validar la despenalización del aborto en la Ciudad de México, la SCJN consideró que el plazo de 12 semanas para la interrupción del embarazo era un plazo razonable. Ver, SCJN, Acción de inconstitucionalidad 146/2007, resuelta el 28 de agosto de 2008.

-Las mujeres que sean acusadas por abortar de forma voluntaria no podrán ser castigadas ni con multa ni con cárcel por las autoridades judiciales. Tampoco podrá ser perseguido o castigado el personal médico que las asista en la práctica del aborto voluntario.

-Las leyes penales y de salud estatales deberán ser reformadas para establecer plazos razonables para la interrupción del embarazo.

-El Congreso Federal deberá considerar la interrupción voluntaria del embarazo un servicio de salud reproductiva de fácil acceso para las mujeres y personas con capacidad de gestar en la Ley General de Salud.

-La Secretaría de Salud Federal podrá emitir políticas públicas para facilitar el acceso a la interrupción del embarazo, en plazos razonables, en los institutos públicos de salud (IMSS e ISSTE).

2. La protección de la vida en gestación no debe obstaculizar los derechos reproductivos de las mujeres

La SCJN analizó si las leyes estatales que establecen la protección de la vida prenatal desde la “concepción” se ajustaban o no a la Constitución. La Corte consideró que “el vínculo entre los derechos a la libertad, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la salud se concreta, por tanto, en los derechos a tomar decisiones sobre la propia salud y sobre el propio cuerpo” (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada 107/2018, para. 50). Así, llegó a la conclusión de que estas leyes estatales no pueden ser contrarias u obstaculizar el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres protegidos en la Constitución. Esto significa que la protección de la vida prenatal, como también se consideró en la sentencia de *Artavia Murillo vs. Costa Rica* (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2012) debe ser gradual e incremental según las etapas gestacionales sin que esto impida el ejercicio del

derecho a decidir de las mujeres sobre su reproducción.

De igual forma, la SCJN dejó claro que el embrión o feto no constituye una persona jurídica, titular de derechos y obligaciones, como sí lo son las personas ya nacidas. La Suprema Corte les otorgó el estatus jurídico de “bienes constitucionalmente relevantes”:

Este Pleno no reconoce que la vida en gestación tenga el mismo estatus constitucional que una persona nacida, titular incuestionable de derechos. Ahora bien, dada justamente esta progresión ontológica, este Pleno admite y avala el indudable interés del Estado preservar la vida en gestación y reconoce que el embrión o feto son bienes constitucionalmente relevantes que deben protegerse de acuerdo con esa dignidad y carácter, incluso admite que esa protección pueda intensificarse gradualmente, sin afectar desproporcionadamente los derechos de las personas nacidas ni ignorar situaciones críticas (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada 107/2018, para. 87).

Entonces, el Estado debe encaminar sus leyes y políticas públicas de protección a la vida en gestación (como bien jurídico relevante) de acuerdo con los siguientes parámetros constitucionales:

Proteger efectivamente los derechos de las mujeres y de las personas gestantes, ocupándose en la continuidad de los embarazos deseados; asegurando atención prenatal a todas las personas bajo su jurisdicción; proveyendo partos saludables; adoptando medidas efectivas de compatibilidad de la maternidad-paternidad con los intereses laborales y educativos; abatiendo la mortalidad materna o garantizando a las mujeres igualdad de acceso a oportunidades educativas y laborales (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada 107/2018, para. 98).

En consecuencia, la invocación de leyes estatales no puede utilizarse para negar servicios de salud sexual y reproductiva a mujeres, niñas y adolescentes, así como a las personas con capacidad de gestar (hombres trans y personas no binarias).

3. La objeción de conciencia como derecho individual limitado

La libertad religiosa como un derecho fundamental establecido en la Constitución y en los tratados internacionales de derechos humanos engloba la libertad de conciencia. De acuerdo con la SCJN, esta libertad tiene tres dimensiones:

a) implica el derecho a la libre formación de la conciencia, es decir, a tener unas u otras convicciones y, en consecuencia, una u otra cosmovisión (estos fenómenos son jurídicamente irrelevantes y no controlables por el derecho); b) incluye la libertad para expresar y manifestar o no esas convicciones y de hacer partícipes o transmitirlos a otras personas; y c) entraña una libertad para comportarse de acuerdo con esas convicciones (creencias e ideas), así como a no ser obligado a comportarse en contradicción con ellas (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, para. 287).

En particular, la objeción de conciencia supone una contradicción entre el deber jurídico establecido en una norma y las convicciones éticas o creencias religiosas de la persona, por las cuales ésta puede negarse a cumplir ese deber jurídico. La creencia o convicción debe constituir un postulado fuerte dentro del fuero interno de la persona (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, para. 273). Como derecho individual, es decir, no se puede ejercer institucionalmente, la objeción de conciencia es diferente a la resistencia y la desobediencia civil, ya que estos últimos constituyen derechos colectivos que buscan modificar las normas jurídicas existentes (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad, para. 275). Así, la objeción de conciencia es una forma de ejercer y materializar la libertad de conciencia (SCJN, Ac-

ción de Inconstitucionalidad 54/2018, para. 277). Sin embargo:

La objeción de conciencia no constituye un derecho absoluto ni ilimitado que pueda ser invocado en cualquier caso y bajo cualquier modalidad. No se trata de un derecho general a desobedecer las leyes (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, para. 289).

Por ende, no cabe invocar la objeción de conciencia para “defender ideas contrarias a la Constitución.” (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, para. 289). Y puede ser limitada para salvaguardar otros derechos fundamentales dignos de especial protección, como el derecho a la salud, el principio de igualdad y no discriminación y los valores de un Estado laico y democrático (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 54/2018).

El derecho a la salud se entiende como “un estado de bienestar físico, mental y social” de las personas.² El Comité DESC ha considerado que el Estado tiene una serie de obligaciones para cumplir con el más alto estándar de protección a la salud, entre ellos, garantizar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, no discriminación y calidad de los servicios de salud (Comité DESC, 2000). Estas obligaciones internacionales implican deberes positivos del Estado mexicano, es decir, una obligación de actuar activamente para que las personas puedan alcanzar ese estado de bienestar integral, lo cual supone que el Estado:

a) cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, cuya naturaleza dependerá particularmente de su nivel de desarrollo; b) que tales establecimientos estén al alcance de la población, en especial, los grupos vulnerables o marginados; y c) que, además de resultar aceptables desde el punto de vista cultural, deberán ser apro-

² Ver, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Comité DESC ha interpretado que este derecho también tiene una dimensión social.

piados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, para. 308).

La salud sexual y reproductiva forma parte esencial del derecho a la salud (Comité DESC, 2016, párr. 2), por lo que el acceso a estos servicios debe hacerse sin discriminación, estando el Estado obligado a garantizar la prestación de servicios de aborto legal de forma oportuna y eficiente. Así, la SCJN ha reafirmado la obligación del Estado de atender prioritariamente a las mujeres víctimas de violencia sexual que deseen interrumpir el embarazo.³

En síntesis, los parámetros constitucionales para poder ejercer la objeción de conciencia de forma individual– y regularla de forma general – son: (SCJN, Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, para. 423-430):

- La objeción de conciencia es un derecho individual y limitado cuando su ejercicio implica la posible afectación de otros derechos fundamentales como la salud sexual y reproductiva de otras personas.
- No puede ser institucional por lo que el Estado debe asegurar siempre la disponibilidad del personal médico y de enfermería no objetor para brindar la atención sanitaria en condiciones de calidad y sin discriminación.
- No puede generar la denegación de los servicios de salud a las personas usuarias de las instituciones sanitarias y no es válida “cuando implique un riesgo para la salud o la agravación de ese riesgo, ni cuando pueda producir daños a la salud, secuelas o discapacidades de cualquier forma.”
- La regulación debe garantizar que “los tres órdenes de gobierno cuenten con

personal médico y de enfermería suficiente de carácter no objetor” para asegurar que se preste la atención médica de forma oportuna, “sin comprometer la salud ni la vida de la persona usuaria, y sin que su ejercicio suponga una carga excesiva o desproporcionada” para las usuarias.

- Cuando el personal sanitario sea objetor de conciencia y se excuse de realizar un procedimiento, “se debe informar adecuadamente a las personas beneficiarias de los servicios de salud, remitir de inmediato y sin demora o trámite con su superior jerárquico o con personal no objetor para que se le brinde la atención sanitaria.”

Conforme a estos parámetros el Congreso Federal deberá regular nuevamente la objeción de conciencia en la Ley General de Salud, ya que el artículo 10 Bis de dicha ley fue invalidado por la SCJN al ser vago y deficiente en su regulación de dicha figura.

Conclusiones

La jurisprudencia de la SCJN reafirma que la laicidad es una cualidad democrática en el sistema jurídico mexicano, que implica el reconocimiento de la libertad religiosa y el derecho a objetar en conciencia normas que vayan en contra de las convicciones éticas del personal de salud. Sin embargo, este derecho es personal y limitado. De igual forma, se ha reconocido que la autonomía reproductiva tiene un arraigo constitucional y está relacionada con los derechos a igualdad y la no discriminación, a la salud, y el respeto a la vida privada de las personas. El Estado debe garantizar las condiciones para que todas las personas con capacidad de gestar puedan realizar sus proyectos de vida de manera libre e informada. El rol del personal de salud es indispensable para que las mujeres, niñas y adolescentes, puedan acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de igualdad.

³ Ver, SCJN, Amparos en revisión 601/2017 y 1170/2017 donde se recuerda la obligación de las autoridades públicas de salud de prestar servicios de interrupción legal del embarazo a niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia sexual.

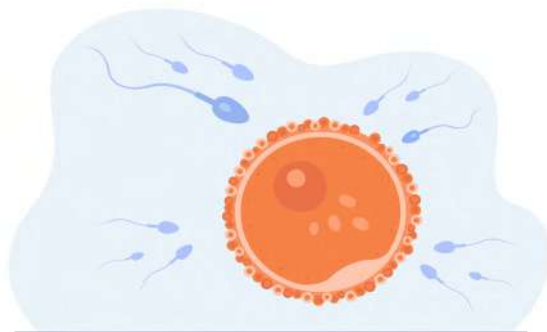
Uno de los principales desafíos es cómo hacer estos derechos realidad en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva en los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y local. Desde una perspectiva de género, la jurisprudencia de la SCJN toma en cuenta las posibles afectaciones que una regulación deficiente en estas materias puede generar para las mujeres, personas con capacidad de gestar y aquellas que tienen una orientación sexual diversa a la heterosexual. Así, se deben de respetar los parámetros constitucionales dados por la SCJN para prestar servicios de aborto legal, ejercer y regular la objeción de conciencia y proteger la vida prenatal.

En conclusión, la jurisprudencia reciente de la SCJN considera que a) los derechos

del personal de salud no pueden poner en riesgo la salud sexual y reproductiva de las personas; b) la protección de la vida prenatal no puede realizarse desconociendo los derechos reproductivos de las mujeres y c) la autonomía reproductiva, como derecho fundamental, encierra el derecho a decidir de las personas con capacidad de gestar, especialmente de las niñas, adolescentes y mujeres, a interrumpir o no su embarazo en un plazo razonable. La materialización de estos derechos humanos es crucial en un Estado laico y democrático, que respeta los principios bioéticos para satisfacer el más alto estándar de salud de las personas.

Referencias

- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General número 14. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. U.N. Doc. E/C.12/2000/4.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). Observación General núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). U.N. Doc. E/C.12/GC/22.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica "Fertilización In-vitro"*, Sentencia de 28 de noviembre de 2012.
- Cook, R., Dickens, B. & Fathalla, M. (2005) *Salud reproductiva y derechos humanos: integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá: Profamilia.
- Sentencia de la SCJN: Acción de inconstitucionalidad 148/2017. Promovente: Procuraduría General de la República. Ministro Ponente: Luis María Aguilar Morales, Sentencia de 7 de septiembre de 2021.
- Sentencia de la SCJN: Acción de inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada 107/2018. Promoventes: Diputados integrantes del Congreso de Sinaloa y Comisión Nacional de Derechos Humanos. Ponente: Ministro Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena. Sentencia de 9 de septiembre de 2021.
- Sentencia de la SCJN: Acción de inconstitucionalidad 54/2018. Promovente: Comisión Nacional de los Derechos humanos. Ministro Ponente: Luis María Aguilar Morales, Sentencia de 21 de septiembre de 2021.



Adicción y bioética en la salud de la sociedad

Francisco Pellicer Graham *

Hacer leyes que impacten sobre la salud de todos es un imperativo del estado moderno. Sentencia idílica y deseable que en realidad está llena de claroscuros y un camino legislativo y técnico que transita por el camino más sinuoso, repleto de escollos y por ende peligroso. Esto es precisamente lo que ha sucedido con el proceso legislativo para tener certidumbre jurídica con el uso, producción, transporte y comercialización de la marihuana y sus alcaloides en sus dos denominaciones: "medicinal" y "recreativa".

Es aquí justo donde inicia el problema y lo que he denominado los forcejeos socio-legislativos; las voces se manifestaron sobre el anuncio, en su momento, del gobierno, quien envió una iniciativa de Reforma a la Ley General de Salud y al Código Penal Federal para legalizar la marihuana para sus usos medicinales y terapéuticos, además de permitir, o facilitar su investigación científica.

Para empezar, hay que poner en claro los términos antes citados, cuando se habla del uso medicinal de la marihuana, se debe saber que no hay un uso medicinal de tal hierba, porque la marihuana es una planta que tiene entre 60 a 80 compuestos activos y presenta una gran diversidad entre la misma planta; actualmente se hace ingeniería genética y se cambian los componentes relativos o porcentuales de sus sustancias activas.

El componente activo estudiado desde hace muchos años en la marihuana se denomina Delta 9 Tetrahidrocannabinol ($\Delta 9$ THC), ése se sintetiza y se puede administrar farmacológicamente, para hacer experimentación científica o para ser usado en seres humanos, pero entonces ya no es marihuana. Con la ingeniería genética a la que se ha sometido la planta se han potenciado dos grupos de sus componentes activos: los cannabinoles y los cannabinoides, y sus porcentajes y potencias varían dependiendo de las intervenciones genéticas en la planta. Ya no es una planta con las características con las

que se la encuentra de manera silvestre, algunos de estos componentes tienen actividades que pueden generar acciones y daño en el sistema nervioso que aún no han sido ni fisiológica ni farmacológicamente estudiados, sobre todo en individuos con patología mental de fondo.

El problema se magnifica cuando se cambian esos porcentajes en los principios activos, el que vende o el que tiene la planta no sabe, con certeza, con qué mezcla cuenta la planta, habría que realizar estudios cuantitativos para develar cuáles y en qué cantidad se encuentran estos principios activos, lo cual es muy complicado, y los que la venden o suministran no lo realizan.

En este sentido, el posible uso medicinal de la marihuana en México, es una incongruencia no es viable, ya que no hay manera de dosificarlo y saber cuánto estoy administrando del principio activo, a diferencia de un comprimido de aspirina que, por ejemplo, se conoce su gramaje y por lo tanto se puede dosificar.

Ahí también entra el tema planteado por la legislación, el poder portar "equis" cantidad de gramos considerados "legales" para consumo personal, sin castigo. En este sentido, saber de entrada qué cantidad de componentes activos traerán los "equis" gramos autorizados por la ley es un problema muy difícil de resolver.

No podríamos imaginar que la policía cargara con una pistola, balas y una macana, ahora también lo haga con una báscula de precisión en la bolsa; esto desde el punto de vista legal; desde el farmacológico, es todavía más difícil averiguar sus componentes constitutivos exactos.

*FPellicer, Director de Investigaciones en Neurociencias, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"; Miembro del Sistema Nacional de Investigadores; Investigador en Ciencias Médicas "F", Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud.

Investigación científica con los componentes de la marihuana

La legislación mexicana no prohíbe traer $\Delta 9$ THC para la investigación científica: está en la ley y regulado por COFEPRIS, pero la burocracia de este país, entre filas y funcionarios, hace inviable prácticamente poder importarla y obtener los permisos para ello. Aun así, se debe hacer investigación y buscar viabilizar el tema; no es sólo que exista la ley, se trata de que sí se puedan generar evidencias científicas sobre su uso. Si se tuviera la parte legal, administrativa y de los recursos financieros resuelta, México tiene la plataforma con capacidad instalada, las ideas y los grupos académicos para hacer investigación de primer nivel, a través de instituciones de salud y educativas. Por otro lado, la producción de medicamentos se enfrenta a legislaciones internacionales para su aprobación, desde que se propone a una molécula con posible acción terapéutica y sale un fármaco a la venta, hablamos de 10 a 15 años de espera como resultado de todo tipo de pruebas.

La marihuana está en el ojo social, pero incluso existen otras drogas que están emergiendo y de las cuales se sabe muy poco, la gente ya las está usando y no sabemos de sus componentes y sus efectos secundarios: el mercado negro nos está ganando; ante una misma sustancia tenemos dos temas identificados que no se deben mezclar: uno es como fármaco o molécula sujeta a investigación y que tiene que ver con políticas de salud pública, y otra es el derecho humano al consumo legal.

Los que hacemos ciencia como trabajo profesional tenemos como formación la búsqueda de la verdad; sobre una idea o hecho, le hacemos preguntas a la realidad, y a la naturaleza, para sacarle las respuestas, hacemos experimentos. Es por eso que siempre estamos abiertos al análisis de los distintos resultados, como el de la marihuana en este caso.

La investigación científica es un componente fundamental para generar bienestar a la sociedad, pero a México le falta integración

para generar productos y propuestas eficientes y completas; no se pueden hacer juicios dicotómicos, ya que de esta manera no se aporta nada, somos muchas voces preparadas que deberíamos estar incluidas en el debate; es por eso muy importante la integración de los sectores político, social y científico en el debate.

Libre albedrío, legislación y la salud de todos

El forcejeo, la desinformación y los intereses aparecen en escena: la gente está tratando de mezclar su libertad con el uso medicinal. Hasta ahora hay evidencia de que $\Delta 9$ THC, no la marihuana como tal, tiene alguna acción sobre algunas patologías. Por citar sólo algunas, está el glaucoma, que es el aumento de la presión intraocular; para inhibir las náuseas producidas por quimioterapia anticancerosa; para el incremento del apetito en diferentes padecimientos crónicos; en varios tipos de dolor, todos éstos saberes son producto de investigaciones publicadas y con rigor científico y que están al alcance de todos, no hay un intercambio de uso recreativo “terapéutico y el uso médico, este es el principal problema, para quién o como se va a legislar: uso recreativo por medicinal.

En México tenemos dos drogas legales que producen adicción y un daño muy grave, el tabaco y el alcohol, las cuales cuentan con un marco legislativo. El problema aquí es que esas sustancias que están legisladas hace muchos años, en la actualidad, tienen huecos; se les siguen vendiendo a menores de 18 años de edad y existen muchos problemas de salud alrededor de ellos. Si tenemos problemas de legislación para estas dos sustancias “legales”, ¿podremos con la legislación de la marihuana, que además en la actualidad está en manos de la industria ilegal?

Hay dos temas relevantes: uno es como fármaco o molécula sujeta a investigación que tiene que ver con políticas de salud pública, y otro es el derecho humano al consumo legal.

El contexto de las adicciones

Una de las áreas en salud pública consignada en el plan nacional de desarrollo como de alta prioridad para el país es la de salud mental y en especial la referente a las adicciones a drogas de abuso.

Es claro que el fenómeno de las adicciones no es un problema mexicano, es un problema global, que obedece, en su origen, a cuestiones de educación, de cultura, a factores de índole económico y político, que inclusive trascienden a las políticas de salud de cada país, y las atraviesan de forma transversal a la globalidad.

En este sentido el tratamiento contra las adicciones se convierte en un abordaje complejo, es decir, el enfermo adicto, tiene muchas aristas, no nada más se trata de disminuir o controlar el consumo de la o las drogas. Estos son procesos que están relacionados con su historia y situación familiar, su estructura personal, su entorno económico y tiene que ver también, con la constitución genética como individuo. La pregunta que nos hacemos es ¿por qué dos individuos que se exponen a una misma droga, bajo circunstancias similares, uno se hace adicto y el otro no? Esto es parte de la complejidad de la patología, tiene que ver que precisamente como individuos, tenemos diferencias y las diferencias fundamentales pueden estar desde o en principio en nuestra propia genética y de ahí, hacia adelante en todos los ámbitos. Es en este punto que se ha generado por parte de las investigaciones en el ámbito de las neurociencias algunas posibilidades de incidir y coadyuvar de forma eficaz y racional en el tratamiento de las adicciones.

Otro aspecto fundamental para tomar en cuenta con la ecuación de las adicciones es el que se refiere a la comorbilidad con padecimientos relacionados con la salud mental como se mencionó anteriormente: depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastornos esquizo-afectivos, por citar solo algunos; sinergias que hacen difícil el tratamiento integral y el control de estas enfermedades.

Es aquí donde inicia la visión de la intervención transversal, lo relacionado con la parte social: la disminución en la productividad, la desintegración cognoscitiva y afectiva, así como las consecuencias económicas para los individuos afectados, sus familias y sin dejar de mencionar el arrastre negativo de las conductas delictivas y violentas asociadas al tráfico de drogas en la sociedad entera, la cual transfiere la criminalización al usuario o adicto, haciendo más difícil la búsqueda de ayuda médica y la percepción de enfermedad por el estigma.

En este sentido, es que contamos con instituciones de salud y personal altamente capacitado para enfrentar estos desafíos de la salud mental; un ejemplo de referencia es el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que tiene una infraestructura vectorizada con la cual hemos podido abordar de forma multi y transdisciplinaria el estudio de las adicciones.

Esto nos ha llevado a generar proyectos de investigación básica donde se ha podido determinar, con modelos animales, parte de los mecanismos que inducen y mantienen el fenómeno de adicción. Estos abordajes experimentales están íntimamente relacionados con otro fenómeno fisiológico fundamental para la supervivencia y la homeostasis que es el de la retribución, es decir todas aquellas conductas que buscamos y realizamos cuya recompensa es placentera y por tanto nos refuerzan a continuar haciéndolas. Los estudios al respecto muestran el papel específico de la dopamina como neurotransmisor, y de forma importante sus receptores en el proceso de adicción, en sitios específicos del cerebro como el núcleo accumbens y la corteza frontal.

En otro contexto la Dirección de Estudios Epidemiológicos y Sociales también ha generado estudios e intervenciones enfocadas a las adicciones, con los cuales se han documentado las conductas de los usuarios, patrón de consumo, actividades de riesgo asociadas, entre otros patrones. Esta dirección también tiene a su cargo la elaboración

y actualización de la encuesta nacional de adicciones, instrumento de conocimiento rector para determinar las políticas de salud pública en el campo. La Subdirección de Investigaciones Clínicas tiene implementados protocolos de intervención instrumentada con los cuales se ha podido demostrar mejoría clínica con la sinergia de la estimulación magnética transcraneal, el tratamiento farmacológico y las intervenciones psicoeducativas, lo que ofrece al paciente un tratamiento más corto y eficiente respecto a algunos síntomas detonantes del consumo como la apetencia por las sustancias adictivas.

Hay que recordar que las dos sustancias más usadas, que producen adicción en nuestro país y el mundo, son legales y están reguladas: alcohol y tabaco, éstas generan uno de los problemas de salud pública más importantes con relación a los trastornos mentales y neurológicos debidos al consumo de sustancias en el continente americano, como: años de vida ajustados en función de la discapacidad. México ocupa el lugar 20 con el 1.1% en discapacidad por trastornos por uso de alcohol; y el lugar 10 con el 1.1% por uso de sustancias (el % es en relación a la discapacidad total). Esto es sin tomar en cuenta los costos asociados a enfermedades que tienen como causa directa el consumo de tabaco y alcohol como: cáncer de pulmón, insuficiencia respiratoria crónica, patología cardíco-vascular, cirrosis hepática y una larga fila de etcéteras muy costosos para la sociedad, las familias y el individuo mismo.

Aunado a esto se encuentran otras sustancias que en nuestro país tienen, por el momento, una ambigüedad o imprecisión legislativa como ya anotamos: la marihuana, la salvia *divinorum*, o los inhalables, sustancias de uso industrial que no están proscribas, aunque a la letra, restringidas para su venta a menores.

Los inhalables, por ejemplo, han mostrado un incremento alarmante en su utilización, no sólo en países subdesarrollados sino también en los industrializados y con mayor capacidad económica. Si bien el principal com-

ponente de estos compuestos volátiles es el tolueno (metilbenceno; $C_6H_5CH_3$) compuesto con el cual se desarrollan la mayoría de los estudios experimentales, se tiene poca información del mecanismo de acción y la patogénesis de otras sustancias también catalogadas como inhalables con fines de abuso, nos referimos a los pegamentos de contacto y los marcadores de tinta indeleble que se fabrican con mezclas de compuestos, muchas de ellas no identificadas y que potencian los efectos psicoactivos.

“La marihuana está en el ojo social, pero incluso existen otras drogas que están emergiendo y de las cuales se sabe muy poco, la gente ya las está usando y no sabemos de sus componentes y sus efectos secundarios...”

Esta modalidad de adicción reviste una gran importancia en nuestro país dado el grupo de consumidores afectados -niños y jóvenes- el bajo costo y la alta disponibilidad de las sustancias inhalables, aunado al hecho de que la producción y distribución de las mismas no son ilegales, como mencionamos, las han convertido en un problema de primera magnitud dentro de campo de las adicciones en nuestro país. En el Instituto contamos con un laboratorio *ex profeso* para el estudio de inhalables; el resultado más importantes de este grupo es haber generado un modelo con roedores que semeja la intoxicación crónica con tolueno

en el humano y con esta herramienta se ha podido determinar que los ambientes donde viven estos roedores cuando se enriquecen con elementos para hacer ejercicio (figuras geométricas con colores, laberintos), los daños en la estructura de las neuronas y el desempeño para resolver tareas se recupera en comparación con el de los animales sin este entorno enriquecido.

El Instituto también forma parte de una red, junto con el Centro de Investigación en salud mental global de la UNAM, con sede en el propio Instituto, que entre sus funciones está el de dar respuestas con proyectos específicos al problema multinacional de la llamada epidemia del fentanilo. Esto es la causa alrededor de 68 mil muertes anuales, reportadas en 2018 en los Estados Unidos por sobredosis y un número indefinido en la frontera norte y en el centro de México. Esto habla de mercados emergentes de nuevas drogas; opioides 50 veces más potentes que la heroína, metanfetaminas de diseño e inclusive marihuana genéticamente modificada que producen niveles de cannabinoides y cannabinoides muy por encima del que produce la planta “natural” estas detecciones e intervenciones se realizan con trabajos de campo en la frontera norte con personal altamente calificado y con un riesgo laboral muy alto.

Es importante destacar que el Instituto incide de forma determinante en la formación de cuadros profesionales altamente especializados con grados de maestría, doctorado y postdoctorado y especializaciones psiquiátricas y de enfermería en el campo de las adicciones. Personal fundamental para poder contender a nivel nacional con



el problema de la atención en los sistemas de salud. De aquí que el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” además de generar las líneas de investigación en adicciones, genera al recurso humano para su desarrollo.

Es pues vital contar con los recursos materiales concurrentes del gobierno, las instituciones patrocinadoras de fondos para la investigación, la industria vinculada a las drogas lícitas tabaco y alcohol y a la sociedad entera, para poder continuar con esta tarea toral para la sociedad mexicana.

Los gobiernos y las sociedades deben de ser sensibles y atentas en proporcionar las condiciones y los elementos para generar en los individuos retribuciones positivas y constructivas, esto está íntimamente vinculado con nuestra fisiología y supervivencia.

Es el bienestar el único real antídoto para contender contras las adicciones. Es también de vital importancia legislar para este fin.

Bibliografía

-Coffeen, U., Pellicer, F. (2019). Salvia divinorum: from recreational hallucinogenic use to analgesic and anti-inflammatory action. *Journal of Pain Research*, 2019:12, 1069-1076. <http://dx.doi.org/10.2147/JPR.S188619>

-Tlacomulco-Flores, L.L., Déciga-Campos, M., González-Trujano, M.E., Carballo-Villalobos, A. I., Pellicer, F. (2020). Antinociceptive effects of Salvia divinorum and bioactive salvinorins in experimental pain models in mice. *Journal of Ethnopharmacology*, 248:112276, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2019.112276>

-Toche, N. (mayo 2016). Necesario profundizar en los componentes de la marihuana. *El Economista*.

Ética y salud pública dental

Marisol Noriega Ebel*

La Odontología, como parte de una disciplina dedicada al área de la salud, está directamente involucrada con el bienestar del ser humano y por lo tanto se encuentra relacionada con los deberes morales que la acompañan. Las necesidades de atención dental a nivel mundial van en aumento y con ello la toma de decisiones con respecto a los tratamientos que se han de aplicar, dependiendo de las necesidades de la población que se está atendiendo; esta toma de decisiones debe realizarse desde la perspectiva de la bioética y no sólo utilizando herramientas y destrezas manuales junto con la aplicación del conocimiento científico; es necesario conocer y contar con principios bioéticos para que la atención dental sea completa; por esta razón, el desarrollo y crecimiento en cuánto al estudio y análisis sobre la bioética de la salud dental y salud pública dental en los últimos tiempos ha cobrado gran importancia.¹

La salud pública dental es el enfoque social y no individual para proteger y promover la salud y mejorar el bienestar de las comunidades.¹ La distribución de las enfermedades bucodentales a nivel mundial es muy variada, pero el común denominador es, que no importando cuál es la enfermedad que persiste más en la población éstas van en aumento y junto con ellas va de la mano también la distribución en la atención de manera desigual, no todas las personas tienen acceso a los programas o campañas organizadas por los gobiernos, existe una desigualdad creciente tanto en la disponibilidad como en la adecuación de los servicios. Las enfermedades de origen bucodental son una carga en temas de salud pública y afectan el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, la presencia de éstas enfermedades afecta de manera importante el control de otras enfermedades sistémicas como: la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, obesidad, entre otras.^{1,2}

“Según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2019 (Global Burden of Disease Study, 2019), la caries dental sin tratar en dientes permanentes es el trastorno de sa-

lud más frecuente”. Se calcula que 2000 millones de personas adultas la padecen y que 520 millones de niños sufren de caries en los dientes deciduos”.²

“Se estima que las periodontopatías graves afectan a casi el 14% de los adultos, lo que corresponde más de mil millones de casos en todo el mundo. Sus principales causas son la mala higiene bucodental y el consumo de tabaco”.²

Basado en lo anterior, desde una perspectiva bioética, la importancia de la equidad, igualdad, derechos humanos y justicia social en la atención bucal de poblaciones marginadas y vulnerables es de gran importancia.

El trabajo para lograr este cambio no sólo debe recaer en las organizaciones o instituciones de salud que pertenecen a los gobiernos, existe también una relación directa en torno a la preparación de los odontólogos tanto en universidades públicas como privadas. Desde el inicio de la licenciatura se educa con el objetivo de preparar personas altamente técnicas, con conocimientos basados en evidencia, pero perfectamente individualistas, con poca o nula responsabilidad en cuánto a conocimientos en ética, bioética y deontología, y con muy poca o nula conciencia social.

Los principios bioéticos de protección y responsabilidad sólo por mencionar algunos, no son únicamente un asunto del gobierno, debe existir una cooperación y trabajo por parte del odontólogo, ya sea desde su práctica individual o desde una comunidad.

Se está educando a nivel mundial hacia una odontología que solo “cura” o “restaura” ya cuando la enfermedad está presente. Los temas en torno a la prevención sólo se estudian durante un par de semestres y esto por lo general siempre es al inicio de la licenciatura. La falta de conocimientos a nivel de

*MNoriega, Docente en posgrado de Periodoncia, Universidad Tecnológica de México; Coordinadora del posgrado de Periodoncia, Universidad Tecnológica de México.

prevención, falta de conocimientos en torno a códigos de ética y bioética está haciendo estragos serios a la salud pública dental, dejando a un lado poblaciones que no tienen acceso a muchos tratamientos.

“...no todas las personas tienen acceso a los programas o campañas organizadas por los gobiernos, existe una desigualdad creciente tanto en la disponibilidad como en la adecuación de los servicios”.

Los cursos y programas de actualización que forman parte importante del entrenamiento de los profesionales de la salud dental están enfocados principalmente en tratamientos que poco tienen que ver con prevención, y están encaminados en atender a poblaciones que cuentan con recursos económicos. Pocos o nulos son los programas que instruyen a odontólogos para que puedan atender a poblaciones vulnerables, y pocos o nulos son los cursos que se imparten a odontólogos que viven en comunidades marginadas y que tienen la necesidad de actualizarse para poder dar un buen servicio a su comunidad.

Nos encontramos por lo tanto ante un trabajo complejo, no podemos trabajar en una sola dirección, tenemos por un lado; los escasos y poco exitosos programas por parte de las instituciones de salud, con pocos recursos, que no alcanzan a llegar a las po-

blaciones de todos los niveles y sobre todo a los más vulnerables, por otro lado; la falta de interés y conocimiento por parte del gremio odontológico en temas de prevención y salud pública, y por el otro; la falta de conocimiento, elaboración, distribución de códigos de ética para el odontólogo, conocimientos en deontología y bioética.

Si hablamos en torno a las estadísticas sobre la prevalencia de las enfermedades bucales, tenemos los datos publicados por el “Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales” (SIVEPAB) creado en el año 2002 con el aval del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE). La CONAVE establece los lineamientos epidemiológicos y las funciones de los diferentes niveles administrativos, mientras que el SIVEPAB incorpora los aspectos clínicos que el odontólogo de la unidad centinela debe vigilar para que exista un correcto llenado del formato de los estudios que se van a realizar.³

Los resultados recabados al 2015 reportan que existe un rezago importante en la promoción, prevención y control de las enfermedades bucales, a pesar de los esfuerzos realizados por el sector salud. El sistema no incluye todas las unidades médicas odontológicas y a todos los pacientes de primera vez.

El SIVEPAB cuenta con más de 400 unidades monitoras lo que permite revisar a 4 de cada 100 usuarios de los servicios de salud. La información a lo largo de estos diez años muestra que la proporción y severidad de las enfermedades bucales sigue siendo alta. Dentro de los principales hallazgos podemos mencionar:³

1. Siete de cada diez infantes (2 a 5 años de edad) que acuden a los servicios de salud tienen caries dental y en 1 de cada 3 la condición es severa.
2. Los niños y adolescentes llegan a los servicios de salud con 5 dientes afectados por caries dental y solo uno ha sido rehabilitado.

3. De los adolescentes que asisten a los servicios de salud 8 de cada 10 tienen un periodonto sano.
4. En los últimos cuatro años el 40% de los adultos usuarios (35 a 44 años de edad) tienen un periodonto sano.
5. Entre los adultos mayores (65 a 74 años de edad) se reduce considerablemente la proporción de adultos sanos 30% aproximadamente.
6. Alrededor de 7 de cada 10 adultos mayores mantienen una oclusión funcional (20 dientes naturales presentes).
7. La fluorosis dental no representa un problema de salud pública en nuestro país salvo en la zona endémica (Zacatecas, Aguascalientes, Chihuahua, Durango, San Luis Potosí y Jalisco).

Para el año 2019 se observa que el panorama de salud bucal de la población usuaria de los servicios de salud desafortunadamente no ha cambiado significativamente con respecto a los anteriores años.⁴

Desde una perspectiva Bioética muchos son los principios que pueden aplicarse en torno a la Salud Pública Dental; por citar algunos:¹

1. Principio de Justicia: Cuando hablamos de asignación y acceso a los recursos. En relación a la Salud Pública el principio de Justicia Distributiva es relevante sobre todo cuando hablamos de países con bajos recursos económicos que como consecuencia tendrán un acceso limitado a programas de prevención o de otro tipo de tratamientos, lo que trae como consecuencia que pocas personas puedan tener acceso al recurso.
2. Principio de Responsabilidad: La responsabilidad de aplicar de manera correcta las políticas públicas para que lleguen a la mayor cantidad de personas dentro de una comunidad. Que los recursos establecidos para la atención de las personas sean utilizados de manera adecuada

y responsablemente, evitando el desperdicio de insumos y utilizando de manera correcta los mismos.

3. Principio de Precaución: Se refiere a la toma de decisiones para evitar daños futuros trabajando sobre factores de riesgo que en un momento dado puedan causar daño a la población. Es la protección que da el gobierno a los ciudadanos ante un posible evento que no está bajo el control de los mismos.
4. Principio de Prevención: La caries y la periodontitis son enfermedades bucales que pueden prevenirse si se aplican los programas adecuados, desde programas con información escrita de manera sencilla con indicaciones de cuánto a métodos y herramientas de higiene, o información acerca de alimentos o agentes que son dañinos, o programas de atención en el sillón dental para prevenir éstas enfermedades.

En cuanto a la educación, a nivel de las universidades es imperativo analizar y cambiar los programas de estudio. Junto con el avance de la odontología y sus diferentes especialidades, las necesidades en la atención dental también han cambiado, generando mayores retos donde la toma de decisiones requiere de conocimientos en temas de bioética. Es urgente la creación de códigos de ética unificados que toquen temas que requieren de un análisis profundo en torno a los diferentes dilemas bioéticos que se presentan en la consulta dental ya sea privada o pública y no sólo la creación de códigos de “buena conducta” publicados por las diferentes asociaciones, pero que en ningún momento tienen como objetivo el estudio o análisis de casos que generan éste tipo de dilemas.

El conocimiento acerca de temas de ética y bioética se vuelve un desafío intelectual para la enseñanza en la odontología, pero evitará que el gran rezago que estamos padeciendo en temas de salud pública crezca y que aprendamos sobre las necesidades

de una sociedad desde una perspectiva humanista.

“Los valores, como la dignidad, los derechos humanos, el respeto por la autonomía y la vulnerabilidad, deben incorporarse en la práctica académica para desarrollar actitudes que vayan más allá de los límites de la atención clínica. La formación en ética de los

profesionales de la odontología debe incorporar un marco que permita la reflexión y una visión crítica del mundo, que centre la atención en los problemas sociales, culturales y económicos de las poblaciones y que, en última instancia, resulte en un compromiso social para mejorar la calidad de vida de las personas a través del ejercicio profesional”.¹



Referencias

1. FDI. World Dental Federation. (2018). *Manual de Ética Dental* 2. Ed. Quintessenz Publishing Co Ltd. <https://www.fdiworlddental.org/>
2. Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud Bucodental*. <https://www.who.int/es/>
3. Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Dirección General de Epidemiología Centro Nacional de programas preventivos y control de enfermedades. Diciembre. (2015). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales, 10 años vigilando la salud bucal de los mexicanos*. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia>
4. Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Dirección General de Epidemiología Centro Nacional de programas preventivos y control de enfermedades. SIVEPAB. (2019). *Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/597944/resultadosSIVEPAB_2019.pdf

La gratuidad de la prestación de servicios médicos como condicionante social de la salud

*Pedro Isabel Morales Aché**

1. El reconocimiento y la adjudicación de derechos humanos en el ámbito sanitario y la regulación normativa del sistema de salud representan condicionantes sociales de la salud de la mayor relevancia, ya que influyen de forma determinante en la definición de los alcances y contenidos de la cobertura sanitaria, y en la manera en que la población accede a la prestación de los servicios de salud (tanto públicos como privados).

2. La reforma de la Ley General de Salud de 29 de noviembre de 2019 y la reforma constitucional de 8 de mayo de 2020 (que delega a la ley la definición de “un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”), pretenden garantizar la gratuidad de la prestación de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, a las personas sin seguridad social, y le otorgan a la universalización de tales servicios un carácter progresivo.

3. Es precisamente el reconocimiento del derecho a la gratuidad en materia de atención médica y suministro de medicamentos, a favor de la población que carece de seguridad social, la categoría emergente que necesariamente impactará a la regulación normativa del sistema de salud, y por vía de consecuencia necesaria a todas las condicionantes sociales de la salud.

4. Tal gratuidad es disruptiva en la concreción normativa del derecho a la protección de la salud en nuestro país, dado que con antelación a las reformas que han sido mencionadas, si bien excepcionalmente existía la posibilidad de exención de pago, siempre se admitió la posibilidad de cobro a las personas usuarias de los servicios de salud, ya fuera mediante el pago de las aportaciones de seguridad social, el pago de cuotas de recuperación o el pago de cuotas familiares (en el esquema de protección social en salud), posibilidad de cobro que fue reconocida por la propia Suprema Corte de Justicia de la Nación.¹

5. Para ello, se suprime el Sistema de Protección Social en Salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y se establece como materia de salubridad general la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social, creando el Instituto de Salud para el Bienestar (INSA-BI), como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado en la Secretaría de Salud, a quien le correspondería prestar los servicios médicos a la población sin seguridad social, bajo una lógica de transitar de un modelo de financiamiento tripartito (aportaciones federales y de gobiernos locales y cuotas familiares), a un modelo de financiamiento bipartito (aportaciones federales y estatales, con cargo a impuestos generales) y de revertir la descentralización de los servicios de salud para población abierta que se instrumentó al amparo de la Ley General de Salud (promulgada en 1984), salvo que los gobiernos estatales opten por seguir prestando directamente los servicios de salud.

6. De acuerdo con lo establecido en el artículo tercero transitorio del decreto de reforma constitucional, se pretende garantizar el financiamiento de los servicios de salud con la irreductibilidad del presupuesto asignado en el ejercicio fiscal anterior,² al tiempo que se establece el Fondo de Salud para el Bienestar (que substituye al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos).

7. Es indiscutible que el reconocimiento de la gratuidad para el goce del derecho a la protección de la salud, a favor de la población que carece de seguridad social, constituye un nuevo paradigma con una fuerte impronta de justicia social, en tanto pretende incidir en la defensa de la población que se considera tiene condiciones más desventa-

*PMorales, Asociado fundador, Colegio de Bioética, A.C.; Director de Medilex, Consultoría Médico Legal; Abogado litigante especializado en justiciabilidad del derecho a la protección de la salud, negligencia médica y responsabilidad patrimonial del Estado.

josas para acceder a la prestación de los servicios de salud, por su situación económica.

8. En la medida en que pueda resultar exitosa la instrumentación de este nuevo modelo de atención médica, sin lugar a dudas se logrará un avance relevante en las condiciones de salud de la denominada población abierta, que históricamente ha sido relegada en la satisfacción a su derecho humano a la protección de la salud.³

9. Por el contrario, en caso de que resulte inadecuada, insuficiente o frustrada la consecución de las metas que se pretenden alcanzar con el modelo de gratuidad, se profundizará la grave desatención de la salud de la población objetivo de tal modelo.

10. Es incorrecta la equiparación que se realiza en el modelo propuesto entre el hecho de carecer del carácter de derechohabiente de las instituciones de seguridad social y el tener una precaria situación económica. En efecto, si es cierto el planteamiento de que una proporción importante de la población que carece de seguridad social pertenece a los estratos socioeconómicos con menores ingresos, es evidente que no todas las personas que se encuentran en dicha situación enfrentan tales carencias.

11. En la exposición de motivos de la iniciativa de reforma de ley se señala que la supresión del Sistema de Protección Social en Salud obedece a que: a) no garantizó el acceso universal y oportuno a los servicios de salud requeridos por la población que carece de seguridad social; b) se encontraba restringido a la suficiencia presupuestaria y a un catálogo limitado de servicios que no incluye todos los padecimientos; y c) a la malversación de fondos,⁴ la reforma reitera tales limitaciones,⁵ al tiempo que omite establecer mecanismos tendientes a evitar el uso inadecuado de los recursos públicos asignados a la atención médica, partiendo de la falsa premisa que la federalización de los servicios médicos, per se, evitará los actos de corrupción.

12. La propuesta de federalización de los servicios de salud también resulta disruptiva, por cuanto hace a que interrumpe el proceso centrífugo de la descentralización de los servicios de salud, que dio comienzo a partir de la reforma constitucional de 1983 y de la promulgación de la Ley General de Salud, y que se tradujo en una progresiva descentralización de los servicios de salud para población abierta.⁶

13. Se trata de una “federalización” de los servicios de salud que es potestativa para los gobiernos locales, quienes conservan la atribución de organizar y operar los servicios de salud, pero pueden convenir con la Secretaría de Salud (federal), que ésta, por sí o en coordinación con las entidades de su sector coordinado, se haga cargo de organizar y operar los correspondientes servicios, subsistiendo atribuciones de los gobiernos estatales para establecer regulaciones normativas (por ejemplo, promulgación de leyes estatales de salud), por lo que existe el riesgo de que genere una mayor fragmentación del sistema de salud, ya que una parte de la población abierta, delimitada por la circunscripción geográfica de las entidades federativas, sería atendida por entidades (instituciones) federales, y otra parte sería atendida por instituciones locales, ello aunado a una dispersión normativa generada por la posibilidad de que las leyes estatales de salud reconozcan contenidos adicionales y heterogéneos a los servicios médicos que deben ser prestados.

14. No obstante que en la reforma a la Ley General de Salud se establece que corresponderá a la Secretaría de Salud (federal) acordar con las entidades federativas, que ésta por sí o en coordinación con las entidades de su sector coordinado, se haga cargo de organizar y operar los servicios, y en la propia Ley General de Salud se prevé que tal organización y operación le corresponderá al Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), los Acuerdos para la reversión del proceso de descentralización están siendo firmados por el Instituto Mexicano del

Seguro Social, con la finalidad de operar el Programa IMSS-Bienestar en las entidades federativas, lo que incumple con las disposiciones reformadas de la Ley General de Salud y con lo previsto en los artículos 214 a 217⁷ de la Ley del Seguro Social (que regulan las prestaciones de solidaridad social, en donde se excluye la posibilidad de la gratuidad, ya que las personas beneficiarias debe contribuir con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales), pero se trata de una atribución otorgada al Instituto Mexicano del Seguro Social en el párrafo primero del Artículo Décimo Sexto Transitorio⁸ de la Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2022, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 12 de noviembre de 2021, lo que configura una antinomia normativa.

15. En contra de lo prescrito expresamente en el último párrafo del Artículo Décimo Sexto Transitorio⁹ de la Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2022, que prohíbe que el Instituto Mexicano del Seguro Social asuma pasivos con motivo de la celebración de los convenios que nos ocupan, sí se actualiza la asunción de cuantiosos pasivos por el propio Instituto Mexicano del Seguro Social.

16. Este nuevo proceso centrípeto (que en cierto modo es una remembranza del modelo ya superado de la operación de Servicios Coordinados de Salud Pública, dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que prestaban los servicios de salud a la población abierta), implicará la necesidad de revertir los efectos inherentes a las materias laborales y de seguridad sociales que fueron producto de la descentralización, por lo que la relación laboral de los trabajadores de las entidades federativas tendrá que ser asumida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, quien debe adquirir el carácter de patrón sustituto, por lo que éste tendrá que hacerse cargo de los pasivos laborales de cientos de miles de trabajadores y del pasivo en cuestiones de seguridad social, dado que actualmente tales trabajadores cotizan en

los sistemas estatales de seguridad social, y ahora deberán cotizar ante el propio Instituto Mexicano del Seguro Social. Los Acuerdos para operar el Programa IMSS-Bienestar en las entidades federativas son deliberadamente ambiguos en estos tópicos.

17. A diferencia de la reforma de 2003, que instauró el régimen de protección social de salud, y que no implicó una modificación de las estructuras administrativas encargadas de la prestación de los servicios de salud, dado que los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud básicamente correspondían a un esquema financiero, el programa de federalización de los servicios de salud para población que carece de seguridad social indefectiblemente se traducirá en un engrosamiento de la estructura administrativa del programa IMSS Bienestar, en tanto que una parte de la estructura administrativa de los actuales servicios estatales de salud tendrá que permanecer en el ámbito local, para seguir operando la parte de las atribuciones que no serán asumidas por el Programa IMSS Bienestar.

18. La prestación de los servicios de salud a la población que carezca de seguridad social, por parte del Programa IMSS Bienestar también implica una modificación de los procedimientos en los que se reclamen la reparación de los daños causados a la población usuaria con motivo de la actualización de actividad administrativa irregular (negligencia médica), ya que resultará aplicable la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado para los procedimientos en donde se exija el resarcimiento por daños causados con motivo de la prestación de los correspondientes servicios médicos, y las indemnizaciones deberán ser cubiertas a cargo del presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social.

19. El programa de federalización de los servicios de salud para población abierta parte de una premisa cuya corrección es incierta, consistente en asumir que el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de su Pro-

grama IMSS Bienestar tendrá la capacidad gerencial de coordinar la prestación de servicios de salud a toda la población que carece de seguridad social, lo que pasa por alto los problemas estructurales que aquejan al Instituto Mexicano del Seguro Social, y las graves deficiencias con que cotidianamente opera y presta los servicios médicos a su población derechohabiente, y que se han visto severamente agravados por la pandemia de COVID-19. Largos periodos de espera (que con frecuencia exceden de seis meses) para acceder a consultas de especialidad médica, deficiencias en el equipamiento de los hospitales, saturación de los servicios y la comisión de graves actos de negligencia médica, son recurrentes en la realidad cotidiana del Instituto Mexicano del Seguro Social.

20. La precariedad normativa de que adolece el Programa de Salud para el Bienestar, y el carácter *contra legem* que aqueja a una parte importante de las políticas públicas diseñadas para su operación, se verán agravados por un creciente y desbordado activismo judicial en materia de la exigibilidad del derecho a la protección de la salud, por un beligerante incremento de litigiosidad, auspiciado y financiado en gran medida por sectores opositores al gobierno federal, por un sector de expertos en salud pública defensores a todo trance del Sistema de Protección Social en Salud, y por una población que requiere más y mejores servicios médicos gratuitos.

21. El reconocimiento del derecho a la gratuidad en materia de atención médica y suministro de medicamentos, y la manera en que se pretende diseñar normativamente el sistema de salud encargado de su satisfacción, si bien son independientes entre sí, concurrentemente con otras condicionantes sociales de la salud, son factores cualificados en lo que podríamos denominar una matriz de resultados no lineales, que genera relaciones parcialmente causales. Por el bien de la población mexicana que presenta una mayor vulnerabilidad en la atención de su salud, es menester el diseño de mecanis-

mos y políticas públicas que aseguren que el nuevo paradigma en materia de salud germine y genere los beneficios que persigue.

¹“... el derecho a la protección de la salud se traduce en la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud y que en virtud de que ésta es una responsabilidad que comparten el Estado, la sociedad y los interesados, el financiamiento de los respectivos servicios, no corre a cargo del Estado exclusivamente, pues incluso, se prevé el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud y del sistema de protección social en salud, que se determinan considerando el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, eximiéndose de su cobro a aquellos que carezcan de recursos para cubrirlas, de ahí que la salud sea una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados, con base en criterios de capacidad contributiva y redistribución del ingreso”. Tesis de jurisprudencia 136/2008, de rubro “SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN CONFORME AL ARTÍCULO 4o., TERCER PÁRRAFO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ES UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL”, sustentada por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en la página 61 del Tomo XXVIII, Octubre de 2008, del Semanario Judicial de la Federación.

² De acuerdo a lo previsto por tal artículo transitorio por el término “servicios de salud” debe entenderse “los programas de atención médica y medicamentos gratuitos”, Ello entraña un concepto más restringido que el utilizado en los artículos 23 y 24 de la Ley General de Salud, conforme a los cuales “se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad” (artículo 23), y que se clasifican en servicios: de atención médica, de salud pública y de asistencia social (artículo 24). Ello se ve corroborado por lo previsto en el artículo 3º, fracciones II y II Bis del artículo 3º de la propia Ley General de Salud, reformadas mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, que respectivamente prevén que son materia de salubridad general la atención médica y la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social.

³ No se soslaya que la satisfacción de las necesidades de salud de la población que tiene el carácter de derechohabiente en las diversas instituciones de seguridad social de nuestro país también presenta severas deficiencias. Sin embargo, por razones de espacio no se hará referencia a tal problemática.

⁴ En la exposición de motivos de la iniciativa de reforma se señala que el denominado Seguro Popular

“no garantiza el acceso universal y oportuno a los servicios de salud requeridos por la población que carece de seguridad social”, dado que “... se encuentra restringido a la suficiencia presupuestaria y a un catálogo limitado de servicios que no incluye todos los padecimientos ...”, ello aunado a que “... el esquema de financiamiento a través de CNPSS/REPSS ha dado origen a frecuentes observaciones sobre fraudes y falta de transparencia en el uso de estos fondos ...” y tiene altos costos de transacción, “recursos que podrían utilizarse para la atención a la salud en lugar de destinarlos a la burocracia”, por lo que la adecuación normativa propuesta pretende “crear un sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos asociados para la población que carece de seguridad social”.

⁵ La prestación de servicios a población abierta seguirá comprendiendo básicamente el primer nivel y el segundo nivel de atención médica. La atención del tercer nivel excepcionalmente estará a cargo de la red federales de hospitales de alta especialidad y de los institutos nacionales de salud, cuyos servicios se prestan en la ciudad de México.

⁶ También existió un intento de descentralizar los servicios de salud prestados por lo que actualmente es el Programa IMSS Bienestar.

⁷ Artículo 214. Las prestaciones o servicios de solidaridad social comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, en la forma y términos establecidos en los artículos 215 al 217 de esta Ley.

Artículo 215. El Instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que, por el propio estadio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana, y que el Poder Ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

Queda facultado el Instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, pero, en todo caso, se coordinará con la Secretaría de Salud y demás instituciones de salud y seguridad social.

Artículo 216. El Instituto proporcionará el apoyo necesario a los servicios de solidaridad social que esta Ley le atribuye, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen obligatorio.

Artículo 216 A. El Instituto deberá atender a la población no derechohabiente en los casos siguientes:

- I. En situaciones de emergencia nacional, regional o local o, en caso de siniestros o desastres naturales;
- II. Tratándose de campañas de vacunación, atención o promoción a la salud, y

III. En apoyo a programas de combate a la marginación y la pobreza, cuando así lo requiera el Ejecutivo Federal.

Para los efectos de la fracción I, el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público proveerá los recursos financieros correspondientes al Instituto de conformidad con las disposiciones aplicables.

Por lo que hace a los supuestos contemplados en la fracción II, conforme a las previsiones presupuestarias y en los términos de las disposiciones que al efecto emita el Ejecutivo Federal, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público proveerá los recursos financieros necesarios para resarcir al Instituto de los gastos en que incurra.

Tratándose de los programas a que se refiere la fracción III, se estará a lo dispuesto por las normas aplicables a los subsidios federales.

En todos los casos el Instituto llevará a cabo la contabilización específica y por separado de la contabilidad general.

Artículo 217. Las prestaciones de solidaridad social serán financiadas por la Federación y por los propios beneficiados.

Los beneficiados por estos servicios contribuirán con aportaciones en efectivo o con la realización de trabajos personales de beneficio para las comunidades en que habiten y que propicien que alcancen el nivel de desarrollo económico necesario para llegar a ser sujetos de aseguramiento en los términos de esta Ley.

⁸ “Décimo Sexto. Con el fin de coadyuvar en la mejora de la cobertura de los servicios públicos de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social durante el ejercicio fiscal de 2022 podrá celebrar acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, para que dicho Instituto otorgue la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social, a través del Programa IMSS-Bienestar.

“[...]”

⁹ “Décimo Sexto. [...]”

“[...]”

“Las entidades federativas serán responsables de llevar a cabo todos los actos necesarios a fin de que los recursos humanos, financieros y materiales, objeto de los acuerdos de coordinación, se encuentren libres de cargas, gravámenes u obligaciones pendientes de cualquier naturaleza. En ningún caso el Instituto Mexicano del Seguro Social podrá asumir el cumplimiento de obligaciones adquiridas por las entidades federativas previo a la celebración de dichos acuerdos.”

Ética y seguridad alimentaria en un contexto de sostenibilidad agropecuaria

Alfredo Camhaji Samra*

Introducción

La seguridad alimentaria¹ a nivel global, regional y local atraviesa por una coyuntura crítica, muchos países y buena parte de la población mundial se encuentran especialmente fragilizados por los padecimientos de la crisis pandémica. La guerra en Ucrania² está agudizando los problemas alimentarios, teniendo en cuenta que la inseguridad alimentaria³ la pagan generalmente los más pobres, millones de personas se van sumando al círculo infernal del hambre y de la desnutrición.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2021) en su informe publicado en el 2021 estima que en 2020 entre 720 y 811 millones de personas padecieron hambre crónica en el mundo, 161 millones más que en 2019. De ellos 276 millones está al borde de la inanición – frente a los 135 millones de personas antes de la COVID-19 y los 80 millones en 2017. Casi 2,370 millones de personas carecieron en 2020 de acceso a alimentos adecuados, un incremento de 320 millones de personas en solo un año.

Los efectos continuados de la pandemia de la COVID-19 --la mayor crisis de salud pública que hemos enfrentado como humanidad en un siglo-- sumado a el cambio climático, son el mayor reto global de nuestro tiempo. Nos ponen de manifiesto la necesidad de

1 De acuerdo con la FAO, la seguridad alimentaria es “el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación apropiada y con el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre.”

2 La guerra que se desarrolla en Ucrania aumenta la inseguridad alimentaria por tres factores clave: i) ha sacudido el mercado energético, que tiene una fuerte repercusión en el agrícola derivado del uso de fertilizantes; ii) altera el suministro mundial de alimentos al disminuir los flujos exportadores de trigo de Rusia y Ucrania, y iii) ha aumentado el crecimiento de los movimientos migratorios desordenados.

3 La inseguridad alimentaria es un concepto mucho más amplio que engloba a todos los anteriores, íntimamente relacionado con la vulnerabilidad, y que se puede definir como “la probabilidad de una disminución drástica del acceso a los alimentos o de los niveles de consumo, debido a riesgos ambientales o sociales, o a una reducida capacidad de respuesta”.

reconocer que además de una crisis económica, alimentaria y financiera, estamos atravesando por una serie de conflictos de modelo de vida, que nos recuerda que el cambio en los patrones de producción y consumo no puede seguir esperando, que solo tendremos futuro, si somos capaces de generar sociedades más sostenibles, socialmente más justas, igualitarias e inclusivas, con economías bajas en carbono, con tecnologías limpias y el manejo sostenible de los recursos naturales que sean la plataforma para un nuevo ciclo de desarrollo, crecimiento y creación de empleo que para reclamar un futuro para una juventud que necesita reconocerse y ser reconocida para que las nuevas generaciones puedan heredar un ambiente más sano.



La sostenibilidad agropecuaria

La visión de la FAO en favor de una alimentación y una agricultura sostenibles se basa en que los alimentos son nutritivos y acce

*Enlace Legislativo, Universidad Nacional Autónoma de México

sibles para todos y en que los recursos naturales se gestionan de tal forma que se preservan las funciones de los ecosistemas para responder a las necesidades humanas del presente y el futuro. Conforme a esta visión, los agricultores, pastores, pescadores, técnicos forestales y otros habitantes de zonas rurales se hacen escuchar, se benefician del desarrollo económico y gozan de un empleo decente. Los hombres y las mujeres de zonas rurales viven seguros, controlan sus modos de vida y tienen acceso equitativo a los recursos, que usan de manera eficiente.

De acuerdo con la FAO, para ser sostenible, la agricultura debe satisfacer las necesidades de las generaciones presentes y futuras, y al mismo tiempo garantizar la rentabilidad, la salud ambiental, y la equidad social y económica. La alimentación y la agricultura sostenibles contribuyen a los cuatro pilares de la seguridad alimentaria —la disponibilidad, el acceso, la utilización y la estabilidad— y a las tres dimensiones de la sostenibilidad —ambiental, social y económica. La FAO promueve una alimentación y una agricultura sostenibles con el fin de ayudar a países de todo el mundo a lograr el **Hambre cero y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**.

Los desafíos: La demanda futura de alimentos y mitigar los efectos del cambio climático

El mayor desafío que enfrentamos está relacionado con el crecimiento de la demanda global de los alimentos en los últimos 25 años, la población mundial ha aumentado en 2,500 millones de personas y se espera que crecerá en 1,500 millones adicionales hasta alcanzar unos 9.7 millones de habitantes en el año 2050, consumiremos más alimentos, energía y recursos naturales, no solo por el aumento de la población sino también debido a cambios en los estilos de vida y patrones de consumo, algunos autores estiman que incrementa entre un 70% y un 110% dependiendo de diversas variables a considerarse (Alexandratos y Bruinsma, 2012; FAO, 2009; Tilman et al., 2011).

Producir más no es suficiente, todo el mundo debe tener acceso a lo que producimos. Amartya Sen demostró que hoy en día hay suficiente oferta de alimentos, el problema es que mucha gente no tiene acceso a una ingesta calórica suficiente de manera continua y a largo plazo. La desigualdad genera que el acceso a los alimentos se concentre en algunos sectores y eso nos mueve a buscar estrategias nacionales regionales y locales mucho más precisas que nos permitan garantizar el acceso a nutrientes en poblaciones vulnerables.

La producción agrícola representa aproximadamente un 70% del consumo de agua fresca y utiliza más del 38% de la superficie terrestre libre de hielo, siendo la actividad con un mayor uso de tierra.

Las energías fósiles han disparado las emisiones de gases de efecto invernadero que están provocando cambios a largo plazo en las temperaturas y los patrones climáticos, la agricultura es responsable de alrededor de un 24% de las emisiones de gases de efecto invernadero (IPCC, 2014), por lo que la producción agrícola y el cambio climático, se encuentran intensamente vinculados.

La frecuencia y la magnitud de las condiciones extremas afectarán el crecimiento de algunos cultivos, como el trigo, el arroz y el maíz, que se verán negativamente afectados por la variabilidad climática (IPCC, 2014), la proliferación de plagas y hará necesario desplazar los cultivos hacia diferentes áreas geográficas y utilizar nuevas tecnologías, limitando las posibilidades de la agricultura a la adaptación.

Seguridad alimentaria y ética ambiental

Existe una gama de teorías éticas que pueden guiar la elección de alternativas para la consecución de este objetivo. El propósito de las diferentes teorías éticas es que podamos conocer y escoger nuestros valores, y que tengamos la libertad de adquirir criterio y juicio propio, mediante el uso de la razón, algunas de las cuales tienen más de 2.500 años de historia, es ayudarnos a responder la

pregunta sobre cómo debemos vivir, y más específicamente, a tomar las decisiones (éticamente) correctas en situaciones concretas.

Este artículo tiene por objetivo aproximarse a una respuesta ética a la pregunta de ¿cómo aumentar la producción de alimentos y alcanzar la seguridad alimentaria? en un contexto de cambio climático guiada específicamente por los marcos conceptuales de una ética de la tierra, que incluye el medioambiente y la agricultura. Así también se tiene en cuenta la ética de la responsabilidad.

La **ética medioambiental** reflexiona sobre los fundamentos de los deberes y responsabilidades del ser humano **con** la naturaleza, los seres vivos y las generaciones futuras. Incrementar la oferta de alimentos tiene sin duda diferentes consecuencias para la humanidad y la Tierra. ¿Cuáles son los principios éticos en los que debemos basarnos?

Generalmente se acepta que el objeto de consideración ética es el ser humano, y que nuestras obligaciones éticas están dirigidas a otros seres humanos. Este punto de vista fue asumido por las principales teorías occidentales hasta la década de los años sesenta. Aun cuando la naturaleza fue parte importante del foco de los estudios filosóficos a fines del siglo XIX, la disciplina ética ambiental sólo surgió como tal en la década de los años setenta (Brennan y Lo, 2015).

El cuestionamiento de la relación entre el ser humano y la naturaleza que se consolidó durante la década de los setenta reflejó una amplia percepción de que durante los años finales del siglo XX se comenzó a producir una fuerte explosión demográfica y, al mismo tiempo, una seria crisis ambiental. Dentro de las publicaciones que reflejan este punto de vista, se encuentra *Silent Spring* de Rachel Carson publicado en 1962, en el que la autora detalla cómo los pesticidas se fueron concentrando en la cadena alimenticia. De acuerdo con Carson, las prácticas

de la agricultura comercial destinadas a la maximización de la cosecha y los ingresos son capaces de impactar simultáneamente la salud ambiental y humana (Carson, 1962).

Previamente se asumía que la naturaleza tenía solo un valor instrumental, es decir, que su valor radicaba en su utilización por los seres humanos. La ética ambiental argumenta, sin embargo, que la naturaleza posee un valor intrínseco, es decir, que ésta, o sus componentes sentientes, poseen valor por sí mismos, sin importar su posible valor de utilización para los seres humanos. La mayor diferencia presente entre la amplia variedad de teorías éticas ambientales se encuentra entre los enfoques antropocéntricos y los puntos de vista de la custodia ambiental. Por otro lado, la perspectiva de la custodia ambiental incluye algún valor intrínseco en la naturaleza, por lo que, las legítimas aspiraciones humanas deben ser puestas en perspectiva con el respeto a otras formas de vida (Brennan y Lo, 2015; Rush, 2013).

Ética de la tierra, agricultura y alimentación la obra de Aldo Leopold, “Ética de la tierra”, publicada en 1949, es un trabajo fundamental para la ética ambiental. Leopold postula que es necesario ampliar la comunidad moral, traspasando el concepto de comunidad prevalente, basado sólo en los seres humanos, para llegar a la ética de la tierra que “simplemente amplía los límites de la comunidad para incluir suelos, aguas, plantas y animales, o colectivamente: la tierra” (Leopold, 2007: 30).

La propuesta de Leopold nos desafía a cambiar la actitud prevalente que considera al ser humano como conquistador de la naturaleza, para llegar a un paradigma en que el ser humano se vea así mismo como miembro de una comunidad biótica. En este sentido la naturaleza dejaría de ser una esclava en manos del ser humano, para pasar a ser parte de un sistema ambiental al que el hombre pertenece. La interacción del hombre con la naturaleza está marcada por una visión netamente instrumental, primando el interés económico por sobre otras pers-

pectivas. Leopold no olvida que vivimos en una sociedad donde prima el neoliberalismo y la pluralidad, por lo que en una de sus últimas reflexiones señala que: “Algo es correcto cuando tiende a preservar la integridad, la estabilidad y la belleza de la comunidad biótica; y es incorrecto cuando tiende a lo contrario. Por supuesto que no hace falta mencionar que la viabilidad económica limita la extensión de aquello que se puede o no hacer por la tierra” (Leopold, 2007: 40)

Las enormes expansiones de los monocultivos pueden ser considerados como catastróficos, al mismo tiempo que el uso expandido de diversos agentes químicos que intervienen en los sistemas naturales de maneras que aún no logramos entender completamente. En su libro de 1999, Callicot se refiere a lo que él denomina el “paradigma mecanicista newtoniano”, el cual explica el funcionamiento de la naturaleza en términos de partes independientes que constituyen un todo e interactúan de acuerdo con reglas mecánicas clásicas. El paradigma mecanicista es simplemente incapaz de comprender la realidad de la naturaleza, y a pesar de que la ciencia nos señala un entorno sistémico, las prácticas agrarias continúan manteniendo las antiguas nociones. “La agricultura moderna no pasa ninguna prueba ni consideración de la realidad. Notoriamente no está funcionando, al menos no sustentablemente. Está basada en un sistema en bancarrota, una visión del mundo que no es capaz de mantenerse bajo el escrutinio crítico, que es de hecho la ciencia pura, aun cuando vive bajo el amparo de la ciencia aplicada” (Callicott, 1999: 270).

Esta última proposición es lógicamente consistente, dado el interés humano por satisfacer deseos a corto plazo y la importante degradación ambiental actual. Desde la perspectiva de la ética de la tierra, podemos ver que la definición de seguridad alimentaria utilizada en la sección previa proviene de una perspectiva antropocéntrica, solo contemplando la alimentación humana. Un importante factor del declive mundial de la

biodiversidad ha sido la pérdida de hábitats, contaminación y los efectos del cambio climático, estos factores han incidido directamente en la inseguridad alimentaria de las diversas especies que habitan la Tierra. De acuerdo con datos presentados por el World Wide Fund for Nature (WWF, 2014), entre 1970 y 2010 la biodiversidad ha disminuido en un 52%.

Una nueva definición de seguridad alimentaria basada en un paradigma de la custodia ambiental podría incluir el objetivo de mantener la biodiversidad y recuperar las especies que actualmente se encuentran en peligro. Desde esta perspectiva, gobiernos y ciudadanos deben abandonar una visión antropocéntrica, para otorgar igual valor a la protección de la naturaleza y su seguridad alimentaria. Las discusiones sobre la sustentabilidad en la agricultura suelen apuntar primariamente hacia un concepto productivo y, en segundo lugar, hacia una meta ambiental. Esto quiere decir que usualmente es visto como más importante proteger el recurso productivo, ya sea tierra, agua, o una variedad genética específica, que permiten continuar produciendo sustentablemente, es decir continuar produciendo capital y utilidades.

El imperativo ecológico de proteger y preservar la interconectividad ecosistémica va mucho más allá de un simple análisis de costo-beneficio, pues la destrucción de la naturaleza no sólo implica una pérdida de utilidades, sino la destrucción de la esencia misma de la vida, y esto ciertamente plantea una interrogante moral. Paul Thompson sugiere la existencia de dos aproximaciones opuestas en cuanto a la sustentabilidad agrícola (Thompson, 1997).

La primera de ellas es la “suficiencia de recursos” que está ligada a un enfoque productivista y económico, en el cual se asume la capacidad de medir y calcular el balance apropiado entre los recursos actuales y las futuras necesidades para planificar adecuadamente. La segunda aproximación, a la que el autor se refiere como “integridad fun-

cional", asume la concepción sistémica de la agricultura y la naturaleza, en la cual existen elementos, como el suelo, los cultivos, animales, valores culturales, ecosistemas e instituciones sociales, las cuales interactúan entre sí y cuyos estados futuros dependen de situaciones sistémicas previas. Esta última noción se conjuga con la propuesta por Walker, et al (2004) en cuanto a la resiliencia de los sistemas socio-ecológicos, de los cuales la agricultura es parte fundamental.

El concepto de resiliencia en sistemas socio-ecológicos está ligado a la sustentabilidad, pero el primero pone especial énfasis en lo impredecible que pueden ser las reacciones de los sistemas dinámicos, como el ambiente y la sociedad. Un sistema resiliente es aquel que es capaz de absorber las perturbaciones (internas o externas) y eventualmente adaptarse y recuperar la integridad vital de sus componentes, funciones e interacciones (Holling, 2001; Walker y Salt, 2012). Un sistema agrícola resiliente, es aquel capaz de adaptarse y recuperar su funcionamiento luego de alguna perturbación, de forma tal de continuar produciendo alimentos y servicios que permitan alimentar a la población humana y ecológica.

La atención a los retos requiere un nuevo enfoque

Seguir adelante como si no pasara nada no es una opción, porque la comunidad internacional se ha comprometido a llevar a cabo la Agenda 2030 de Naciones Unidas, con 17 objetivos para alcanzar el desarrollo sostenible y uno de ellos es el de hambre cero que difícilmente se alcanzara en el 2030 si la situación continua como hasta ahora.

Para poder resolver los retos que tenemos por delante, se requieren cambios profundos, tanto en la comprensión de los problemas como en el abordaje de posibles soluciones. Se demanda un nuevo enfoque que contemple el desarrollo sostenible dentro de sus ideas fundadoras y que nos permita innovar en muchos sistemas interconectados de manera simultánea. Debemos replantearnos las bases de la ciencia, la tecnología y la

innovación (CTI), su diseño y los paradigmas que han prevalecido en las últimas décadas que la conciben como motor del crecimiento económico, la innovación y la creación de empleo para construir una nueva narrativa, definir nuevos instrumentos y mecanismos y redefinir el papel del Estado.

La innovación no se puede limitar a crear productos innovadores, exige crear nuevos sistemas sociotécnicos que nos permitan cambiar la forma como usamos los recursos naturales: generamos y usamos la energía, producimos y distribuimos los alimentos, organizamos las formas de transporte y logramos procesos de producción competitivos con bajas emisiones de carbono, a partir de una visión sistémica que aborde la infraestructura de la industria, las preferencias de los consumidores, la cultura expresada en hábitos y rutinas. En agricultura algunas técnicas son más prometedoras que otras, la agricultura de conservación, la agroecología, reduce la cantidad de recursos por unidad producida, tenemos que adaptarla en función del contexto y adecuarla al pequeño campesino, la agricultura debe reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, debemos de utilizar menos energía fósil en la agricultura y de forma general.

Reconstruir la alimentación y la agricultura sostenible

Para la FAO, tanto la alimentación como la agricultura se ubican en la actualidad en un dilema. En los últimos años, la producción agropecuaria y pesquera ha mejorado grandemente para lograr cubrir las necesidades alimentarias de una población mundial en incremento, lo que ha traído consecuencias sociales y medioambientales: la escasez de agua, la degradación del suelo, presiones sobre los ecosistemas, la pérdida de biodiversidad, la disminución de la población de peces y bosques y unos altos niveles de emisiones de gases de efecto invernadero. El potencial productivo de nuestra base de recursos naturales ha sufrido daños en muchos lugares del mundo y esto ha puesto en entredicho la productividad del planeta (FAO, 2018).

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas nos señala el camino para poder obtener una prosperidad inclusiva, a través de la superación a nivel mundial de los desafíos a los que se enfrenta en la actualidad la humanidad, lo que requiere de una acción transformadora, la adopción de los principios de la sostenibilidad y abordar las causas fundamentales de la pobreza y del hambre para no dejar a nadie atrás (FAO, 2018).

De acuerdo con la FAO los cinco principios para una alimentación y una agricultura sostenibles se encuentran en la guía que expone 20 áreas de acción que describen enfoques, prácticas, políticas y herramientas que están interrelacionadas con varios de los ODS, que integran las tres dimensiones del desarrollo sostenible —el crecimiento económico, la inclusión social y la protección del medio ambiente— y que implican la participación y las alianzas entre los distintos actores (FAO, 2018).

Estas 20 acciones ofrecen a los países un hilo conductor que relaciona los diversos sectores de la agricultura y el desarrollo rural con un programa más amplio de desarrollo de cada país, que abarca la erradicación de la pobreza, la creación de empleo, el crecimiento nacional, la regeneración urbana y la riqueza en recursos naturales. La calidad y la diversidad serán la piedra angular que permitirá vincular la producti-

vidad y la sostenibilidad, y atajar las necesidades de la población. Esta transición hacia un sistema agrícola y de alimentación más sostenible requiere de una acción que cree alianzas y coaliciones políticas con agentes que vayan más allá de la alimentación y la agricultura. En la línea de la Agenda 2030, que aboga por una transformación, en esta guía se presentan varios enfoques intersectoriales que dependen de la colaboración a nivel gubernamental y de un diálogo entre las partes implicadas (FAO, 2018).

Cinco principios claves:

Principio 1.

Aumentar la productividad, el empleo y el valor añadido en los sistemas de alimentación

Principio 2.

Proteger e impulsar los recursos naturales

Principio 3.

Mejorar los medios de subsistencia y fomentar el crecimiento económico sostenible

Principio 4.

Potenciar la resiliencia de las personas, de las comunidades y de los ecosistemas

Principio 5.

Adaptar la gobernanza a los nuevos retos

Bibliografía

-Bárcena y otros, (2020). *La emergencia del cambio climático en América Latina y el Caribe: ¿seguimos esperando la catástrofe o pasamos a la acción?*, Libros de la CEPAL, N° 160 (LC/PUB.2019/23-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45677-la-emergencia-cambio-climatico-america-latina-caribe-seguimos-esperando-la>

-Correa Casanova, Mauricio, Arenas Vásquez, Federico y Alvarado Peterson, Voltaire (2018). *Ética en Geografía. Reflexiones sobre espacios y territorios para el mundo en que estamos y el que se nos viene*. (Editores). Serie GEOLibros número 28. Disponible en: https://geografia.uc.cl/images/serie_GEOLibros/resumen_Geo_libro_etica.pdf

-Cortina Orts, Adela (2013). *¿Para qué sirve realmente la ética?* Editorial Paidós (Espasa Libros SLU), Barcelona, disponible en: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGpGnFpFmMwRvsnpFISvLvXjIKq?projector=1>

-FAO, (2015). (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, disponible en: <https://www.fao.org/sustainable-development-goals/overview/fao-and-post-2015/sustainable-agriculture/es/>

-FAO, (2018). (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). Transformar la alimentación y la agricultura para alcanzar los ODS. 20 acciones interconectadas para guiar a los encargados de adoptar decisiones), disponible en: <https://www.fao.org/3/i19900es/i19900ES.PDF>

-FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF (2021). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2021. Transformación de los sistemas alimentarios en aras de la seguridad alimentaria, una nutrición mejorada y dietas asequibles y saludables para todos. Roma, disponible en: <https://doi.org/10.4060/cb4474es>

-FSIN (2022). (Food Security Information Network). *Global Report on Food Crises*. Joint Analysis for Better Decisions. Disponible en: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGpGnFpFmWrvsnpFISvLvXjIkQ?projector=1>

-Hernández Islas, Gabriela (2020). *La Visión Antropocéntrica. Protección y Derechos del Medio Ambiente*. Foro Jurídico, disponible en: <https://forojuridico.mx/la-vision-antropocentrica-proteccion-y-derechos-del-medio-ambiente/>

-Kwiatkowska, Teresa (s/f). Aldo Leopold y la Ética de la Tierra. *Euphya, Revista de Filosofía* (pp. 48-61). Disponible en <https://www.researchgate.net/journal/Euphyia-Revista-de-Filosofia-2007-1647>

-Lecaros Urzúa, Juan Alberto. (2013). La ética medio ambiental: principios y valores para una ciudadanía responsable en la sociedad global. *Acta bioethica*, 19(2), 177-188. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2013000200002>

-Moreno García, David y Cantú Martínez, Pedro César (s/f). *La sustentabilidad alimentaria*, una visión antropológica. Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey Nuevo León. Disponible en: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGpGnFpFmWrvsnpFISvLvXjIkQ?projector=1>

-Olea, Jorge (2018). *Hacia una ética de la relación entre sociedad y naturaleza: reflexiones en torno a la técnica y la geografía*. Temuco Catholic University. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328773226_Hacia_una_etica_de_la_relacion_entre_sociedad_y_naturaleza_reflexiones_en_torno_a_la_tecnica_y_la_geografia

-PNUD (2019). (Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente). *Cinco formas en las que la ciencia del comportamiento puede impulsar la acción climática*. Reportaje, 13 de febrero. Disponible en: <https://www.unep.org/es/noticias-y-reportajes/reportajes/cinco-formas-en-las-que-la-ciencia-del-comportamiento-puede>

-Rizzi, Andrea (2022). La guerra de Putin en Ucrania precipita una crisis alimentaria global. *El País*, 14 de mayo. Disponible en: <https://elpais.com/internacional/2022-05-14/la-guerra-de-putin-detona-la-bomba-global-del-hambre.html#:~:text=La%20guerra%20lanzada%20por%20Vlad%C3%ADmir,Las%20consecuencias%20son%20graves.>



Principios éticos de la práctica de investigación y enseñanza de la salud pública

El caso del Instituto Nacional de Salud Pública

*Eduardo C. Lazcano Ponce y Mario Henry Rodríguez López**

Introducción

La Salud Pública es el conjunto de acciones colectivas que sirven para asegurar las condiciones de salud de los miembros de una sociedad. Se busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social (OMS).

El objetivo principal de la práctica de la salud pública es la aplicación de estrategias efectivas para vigilar, prevenir, intervenir, restablecer y rehabilitar a los grupos de población que sufren eventos mórbidos, promoviendo intervenciones costo efectivas que mejoren su calidad de vida.

Los enfoques de la salud pública no son los mismos que los de la práctica médica. Ésta última tiene un enfoque individual con dos componentes principales: el diagnóstico y tratamiento, y cuyo paradigma es la asistencia médica. En la práctica médica los determinantes biológicos, fisiológicos, genéticos y, en su caso, los microbianos, parasitarios, farmacológicos y la respuesta a las intervenciones terapéuticas se consideran en el proceso de diagnóstico y curación.

En la práctica de la salud pública el enfoque es poblacional y su paradigma es actuar sobre los determinantes y las causas primarias de las condiciones de salud de las poblaciones. En este sentido, las interacciones con el medioambiente, los determinantes sociales, el comportamiento, los estilos de vida y el acceso equitativo a la asistencia médica son esenciales para alcanzar condiciones para una vida saludable y el bienestar de las personas. De modo que los enfoques paradigmáticos son, en esencia, sus niveles de acción y propósitos: curación vs. prevención.

Pero para ambos enfoques el mandato es el establecido en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el cual se afirma que cada individuo tiene el derecho a un estándar adecuado de salud y bienestar para su familia y él mismo. Es decir, la procuración de la salud es considerado un derecho universal.

Tanto en la relación entre médico y paciente como entre los actores implicados en la práctica de la Salud Pública se establecen relaciones de poder, lo que implica la necesidad de establecer principios éticos que regulen su posesión y ejecución. Sin olvidar que es una obligación ética el abstenerse de cometer abusos de poder.

Los principios de la ética médica no proveen la dirección que se necesita para los problemas comunes que emergen en la práctica de la salud pública.

Así, el Principio de Autonomía, que dicta que todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos, es directamente aplicable en la práctica y la investigación médica en cuanto a la decisión individual de la aceptación o no de intervenciones y estudios. En salud pública, aunque este principio puede ser aplicable en la participación de los individuos en investigaciones operativas, cuando se trata de intervenciones poblacionales, algunos individuos pueden no aceptarlas, aunque su aplicación por el bien de la mayoría pueda tener algún efecto beneficioso o no en estos que se rehusaron participar.

El Principio de Beneficencia dicta la obligación moral de actuar en beneficio de los individuos en el caso de la práctica médica y de los demás en el caso de la salud pública. Es un principio individual, pero en salud pública es aplicable cuando el beneficio involucra a la mayoría. Aunque la mayor parte de los efectos benéficos son en general modulados por los grados de exposición al agente o condición que se propone combatir y, por tanto, no se asegura que éstos alcancen a la población en su totalidad.

*-ELazcano, Director General del Instituto Nacional de Salud Pública; Investigador en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Salud Pública; Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de CONACyT Nivel III.

-MRodríguez, Investigador en Ciencias Médicas emérito, Instituto Nacional de Salud Pública y Sistema Nacional de Investigadores.

El Principio de No maleficencia dicta la prohibición de producir daño y prevenirlo, y comparte la mayoría de los condicionantes del Principio de Beneficencia, pero su regulación es mucho más estricta y su incumplimiento puede resultar en una penalización jurídica.

La aplicación del Principio de Justicia es el más importante en las investigaciones e intervenciones de salud pública, ya que asegura la equidad en la distribución de cargas y beneficios. Esto se traduce en la cobertura de todos los grupos susceptibles, incluyendo a las mayorías y a las poblaciones menos protegidas. Es evidente que la identificación de estos grupos tiene su base en el conocimiento actualizado de los efectos de las posibles intervenciones dictadas en los Principios de Beneficencia y No maleficencia.

La inherente diversidad en la composición de los grupos poblacionales dificulta la total aplicación de estos principios y en muchas ocasiones es necesario un análisis profundo de cada situación, pero en caso de conflicto, los principios éticos de No maleficencia y Justicia deben prevalecer sobre los de Beneficencia y Autonomía.

Los principios éticos de la práctica de la salud pública

Estas consideraciones se han operacionado en los 12 Principios Éticos de la Salud Pública anunciados en 2002 por la *Public Health Leadership Society* (Cuadro 1). En estos principios se atienden, además de la necesidad de aplicar las mejores prácticas basadas en el conocimiento científico actualizado (Beneficencia y No maleficencia), la cobertura e inclusión de los grupos poblacionales (Justicia) y muy importantemente, la participación informada de las comunidades en la toma de decisiones, con lo que el principio de Autonomía alcanza identidad comunitaria. Estos principios éticos reconocen además la interdependencia de los individuos en la sociedad y sus interacciones con el medioambiente.

Cuadro 1. Principios éticos de la práctica de la salud pública*

1. La práctica de la salud pública debe abordar las causas fundamentales de la enfermedad, las necesidades de salud de la población y la prevención de resultados adversos en salud.
2. La práctica de la salud pública debe promover la salud de la comunidad, con respeto a los derechos individuales y comunitarios.
3. Las prioridades, políticas y programas en salud pública deben ser desarrollados y evaluados con la participación continua e informada de la comunidad.
4. La práctica de la salud pública debe empoderar a los grupos desfavorecidos o vulnerables y garantizar recursos y condiciones de salud con calidad, accesibles y asequibles para todos.
5. La práctica de la salud pública debe producir la información necesaria para desarrollar, implementar y evaluar políticas; así como para desarrollar programas efectivos y eficaces que protejan y promuevan la salud.
6. Las instituciones de salud pública deben compartir la información de manera transparente, eficiente y actualizada con las comunidades para promover su participación en las decisiones en materia de políticas y programas, así como su consentimiento para su implementación.
7. Las instituciones de salud pública deben actuar de manera oportuna basándose en la información que tienen en el marco de los recursos y el mandato que les ha sido conferido.
8. Los programas de salud pública y las políticas deberían incorporar una variedad de enfoques que anticipan y respetan los diversos valores, creencias y culturas en la comunidad.

9. Los programas y políticas de salud pública deben abarcar el mejoramiento del entorno físico y social de la comunidad.

10. Las instituciones de salud pública deben proteger la confidencialidad de la información que manejan.

11. Las instituciones de salud pública deben garantizar la competencia profesional de sus integrantes.

12. Las instituciones de salud pública y sus integrantes deben colaborar con individuos, comunidades y organizaciones para construir relaciones de confianza y contribuir a la eficacia de las acciones en este campo.

* Modificado de Principles of the ethical practice of public health. Versión 2.2 © 2002 Public Health Leadership Society

Con lo anterior se reconoce el concepto colaborativo de la salud pública como el conjunto de acciones que como sociedad llevamos a cabo de manera colectiva para asegurar las condiciones de salud en la población (OMS) y distribuye derechos y obligaciones entre sus principales actores: las organizaciones gubernamentales y las comunidades.

La transformación antropogénica del medio ambiente, que contribuye a su deterioro, y el cambio climático son factores causantes de la emergencia, reemergencia y exacerbación de enfermedades crónicas no transmisibles e infecciosas y el incremento en la aparición de nuevos patógenos con potencial epidémico. Así mismo, el aumento indiscriminado de la población humana a costa de la extinción de nichos ecológicos, conduciendo así a un desbalance entre especies animales y la población humana, en adición a la planeación urbana deficiente y exacerbada por las desigualdades económicas y sociales son las características más evidentes de la situación inequitativa de la salud de las poblaciones a nivel global. Las prácticas de la salud pública

para atender estas contingencias globales son, a su vez y en muchos casos, inequitativas, como se ejemplifica en la distribución de recursos como las vacunas, medicamentos o de los profesionales de la investigación. Si bien los principios éticos de la práctica de la salud pública atienden las condiciones locales, su aplicación a la salud global y sus determinantes causales es casi inexistente. Esta situación tiene sus raíces no sólo en las actitudes y acciones de las organizaciones de salud globales, sino también en el entrenamiento de los profesionales salubristas e investigadores.

La ética de la salud pública: el caso del Instituto Nacional de Salud Pública

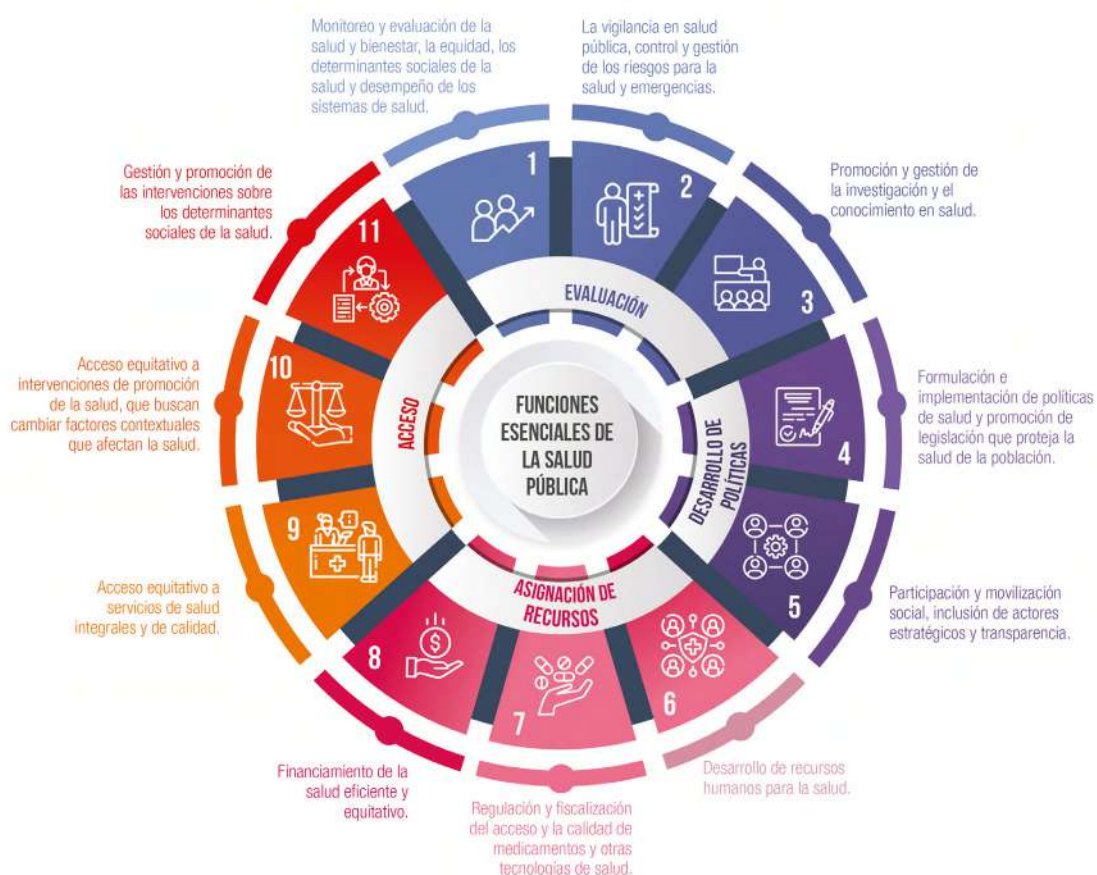
En esta contribución presentamos la propuesta de la Escuela de Salud Pública de México en el Instituto Nacional de Salud Pública (ESPM-INSP) en su proceso de renovación institucional. La práctica de la salud pública requiere de la participación de varias disciplinas que incluyen como fundamento a la epidemiología y la estadística, pero también a las ciencias básicas biológicas, sociales, económicas, antropológicas, culturales y sociales.

Las bases conceptuales de la transformación del quehacer institucional (investigación y docencia) están fincadas en la atención transdisciplinaria de la aplicación de las funciones esenciales de la salud pública (Figura 1), cuyo énfasis estará determinado por la disciplina particular de los profesores investigadores.

Dado que la práctica de la salud pública requiere de la participación de varias áreas del conocimiento, ésta será preferentemente transdisciplinaria, donde la adopción de los principios éticos de la práctica de investigación y docencia de la salud pública constituyan su principal estrategia.

A este respecto, cada uno de los miembros del cuerpo directivo, comités académicos, planta laboral y patronato del INSP debe de asumir un conjunto de principios, valores y normas dentro del contexto institucional en función de un código de ética institucional y de prevención de conflictos de interés.

Figura 1. Funciones esenciales de la salud pública



El INSP debe adoptar principios y valores éticos en función del bien común, e incluir como parte de su misión a la equidad, la solidaridad, la reciprocidad, el bienestar de la población; así como la autonomía, la justicia social y la reafirmación de valores multiculturales. La salud pública tiene cuatro características que representan la mayor parte del contenido de la ética en su ejercicio: se trata de un bien público, su promoción supone una atención particular a la prevención, requiere de una acción gubernamental e implica una orientación esencial hacia los resultados. Los principios de ética en salud pública deben guiar nuestra práctica de investigación y docencia, incluyendo el desarrollo de proyectos basa-

dos en la ética de la salud pública con perspectiva social y de género.

Los objetivos éticos de la práctica de investigación y docencia en salud pública consideran los siguientes supuestos:

- La apropiación institucional de los principios de ética de la salud pública.
- Desarrollo de proyectos de investigación y docencia con perspectiva social y de género.
- Proyectos de investigación con abordaje de los determinantes sociales de la salud.
- Incorporación de usuarios intersectoriales y beneficiarios en la planeación de los proyectos de investigación.

- Participación de los usuarios y beneficiarios en la interpretación y análisis de los productos de investigación.

Las metas institucionales propuestas son el desarrollo de proyectos de investigación con perspectiva social y de género, así como enfocados en los determinantes de la salud pública, con lo que se examinarán los principios elementales de la ética de la salud pública (respeto a la Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia).

El enfoque hacia la atención de las funciones principales de la salud pública con los principios éticos ya mencionados es indispensable para la orientación de la investigación y la reestructuración del Programa académico de la ESPM-INSP, dado que los grupos de investigación serán las unidades operativas de las dos áreas de acción (investigación y docencia) a cuyas actividades se sumarán

los alumnos desde su ingreso al instituto para una enseñanza más práctica que teórica (aprender a hacer salud pública, mientras se aprende a ser salubrista).

El programa académico de la ESPM-INSP consta de cuatro programas principales, dos profesionalizantes prácticos (maestría y doctorado en salud pública) y dos para formar investigadores (maestría y doctorado en ciencias en salud pública). Éstas a su vez cuentan en total con 28 áreas de concentración (Figura 2). Las áreas de concentración son en la actualidad programas casi independientes, pero en la nueva estructura se propone establecer un programa piramidal (de maestrías hacia doctorados) y más flexible: el alumno podrá escoger las unidades didácticas que mejor convengan a su interés formativo en aras de lograr la transdisciplinariedad de la salud pública.

Figura 2. Programa académico del INSP

El Instituto Nacional de Salud Pública a través de la Escuela de Salud Pública de México te invita a conocer los **Programas Académicos 2021-2022**

Nuestro instituto

- Institución con mayor influencia en medicina y ciencias de la salud en México (Conacyt 2017)
- Elevado número de investigadores nacionales y mayor producción científica de los Institutos Nacionales de Salud en México
- Tres Sedes: Cuernavaca, Ciudad de México y Tapachula
- Revista Salud Pública de México. La mejor revista científica de México (Conacyt 2017)
- El Programa más innovador en educación continua

Nuestros programas de posgrado en área de la salud

- Especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública
- Maestría en Salud Pública en modalidad flexible: presencial, semipresencial y virtual
- Maestrías en Ciencias de la Salud
- Doctorado en salud pública y ciencias en modalidad flexible: presencial, virtual y mixto

Nuestra escuela

La más antigua de América Latina En 2022 celebraremos nuestros 100 años

Acreditaciones

Nacional: CONACYT, OCEPH (Council on Education for Public Health of USA), ANUIES

Internacional: ASPPH (Association of Schools and Programs of Public Health), ASPHEN (The Association of Schools of Public Health in the European Region), tropEd (Network for Education in International Health), IANPHI (International Association of National Public Health Institutes)

Contacto: Tel. (777) 329 9000 ext. 1530 y 3076, (777) 329 3033.
Correio electrónico: servicios escolares@insp.mx
http://www.espm.mx/

@SaludPublicaMx espn.insp escuelasaludpublicamx

La reestructuración del programa académico propone integrar la enseñanza de una visión holística de la salud pública, en la que los objetivos y competencias de egreso de los alumnos estén orientados a la formación de profesionales conscientes de las necesidades de las poblaciones y del Sistema de Salud en general. Los programas académicos estarán supeditados a las funciones básicas de la salud pública y a las necesidades del Sistema Nacional de Salud. Para ello se establecerá un marco conceptual y ético en salud pública institucional para la enseñanza y la investigación a través de la adopción de una visión renovada de la salud pública con atención a los orígenes primarios de los problemas. La estrategia institucional es la adopción de la enseñanza de la salud pública como principio básico de los programas académicos.

Las bases para una visión holística de la salud pública se establecerán en un Tronco Conceptual común introductorio para todos los programas y áreas de concentración y que propone integrar el análisis de las funciones esenciales de la salud pública con base en sus pilares (constructivos y orientadores) de garantía de acceso, abordaje de determinantes sociales, económicos y culturales, y el apoyo para el mejor funcionamiento de los sistemas y la rectoría de las autoridades de salud. La rectoría ética es un pilar esencial que debe normar todas las actividades (investigación y práctica) de la salud pública. Para ello, los alumnos deben adquirir, como competencia general, el reconocer la necesidad de la aplicación del pensamiento ético a la toma de decisiones en la práctica de la salud pública. Las competencias específicas serán el identificar los principios de la ética en la salud pública, comprender como principio básico la necesidad de atender la salud de la mayoría, comprender los desafíos para la práctica ética de la salud pública, distinguir el enfoque de derechos humanos, ambientales y animales, y reconocer la dificultad para obtener consenso en la población sobre las intervenciones en salud pública.

El Tronco Conceptual se completa con contenidos sobre salud ambiental y con elementos del enfoque de Ecosalud, obedciendo así a la necesidad de acciones transdisciplinarias y transectoriales. Se consideran y complementan también con perspectivas sociales y de género, así como con la inclusión de la necesidad de la participación comunitaria, tanto en la planeación, conducción y evaluación en investigación e intervenciones de salud pública. Se incluye una introducción a la salud global, entendida como los determinantes mundiales y las actividades de las agencias internacionales que influyen en las condiciones de salud de poblaciones locales.

Dado que este Tronco introductorio es también integrativo, las implicaciones éticas de la salud pública, así como la necesidad de una visión más global serán discutidas. Para ello estamos convocando a la comunidad académica del INSP al análisis, discusión y propuestas para el desarrollo de un renovado programa académico, donde los contenidos curriculares utilicen como principio básico la enseñanza de la salud pública.

En forma figurada, la nueva estructura del programa curricular es semejante a los componentes de un árbol, donde las raíces se conforman precisamente por la enseñanza de la salud pública en torno sus las funciones básicas, los principios éticos de su práctica, los determinantes sociales de la salud, la salud global y la salud planetaria, y con perspectiva social y de género. El tronco representa los grados de profundización de estos elementos teóricos y prácticos, mientras que las ramas primarias proporcionarían los elementos básicos de los programas (maestría en salud pública, maestría en ciencias y los doctorados).

Finalmente, el INSP debe tener una estructura mediada por la integración organizacional de la docencia e investigación que le permita no sólo contribuir eficaz

y activamente a la solución de necesidades de salud, sino reformular su perspectiva de vinculación comunitaria, orientada en función de los principios éticos de la práctica de la salud pública. Esta óptica deberá estar alineada no sólo con las expectativas, necesidades y principios de las comunidades, sino también con los valores institucionales de vinculación social y de generación del conocimiento científico. La esencia de nuestro quehacer académico debe radicar en la producción, transferencia y aplicación del conocimiento. La

vinculación comunitaria no debe de ser solamente un discurso, sino el conjunto de actividades sistematizadas de la práctica institucional para la planeación, organización, operación y evaluación de intervenciones en el ámbito poblacional, considerando fundamentalmente los principios éticos de la salud pública, donde su práctica ética implica resguardar, dar cobertura y respuestas socialmente organizadas a las necesidades colectivas esenciales para las comunidades.



Formación y praxis en bioética de los profesionales de la salud pública y su participación en los Comités Hospitalarios de Bioética

Guadalupe Silvia García de la Torre, Carlos Alberto Pantoja Meléndez, J. Gilberto Huerta García, Pricila Viridiana Ochoa Arias, Víctor Gómez Bocanegra*

Introducción

La ética estudia “lo moral”, es decir el deber, la obligación, la rectitud y la justicia en las relaciones con los demás, respetando la dignidad de la persona, la pluralidad de las culturas, las formas de vida en pleno apego a los derechos humanos fundamentales. ^(Zan) La moral, puede entenderse como el conjunto de reglas que se generan de manera individual o grupal, y que establece la diferencia entre lo correcto o lo incorrecto, lo bueno o lo malo, es decir lo moral y lo inmoral. ^(Hardy-Pérez)

Según Hardy-Perez, el oncólogo holandés Rensselaer Van Potter, a quien se le atribuye el uso por primera vez de la palabra bioética, propone que ésta es una “...disciplina que sirve de puente entre dos culturas: la científica-biológica en torno a la vida, al medio ambiente, y la humanista centrada en la ética”. ^(Hardy-Pérez) En bioética, no se trata simplemente de hacer lo que se cree ético porque se tiene en cuenta una regla o principio aceptado, sino de garantizar en lo posible, que el desenlace sea el que más beneficie a los involucrados, atendiendo a las circunstancias y a detalles relevantes de la situación real. Se trata de un diálogo entre lo ético y la vida. La bioética estudia los conflictos o dilemas que surgen en las ciencias biológicas, comprende la preservación de la vida en todas sus expresiones, ofreciendo la posibilidad de abordar el tema de la salud integralmente. ^(Hardy-Pérez)

Actualmente se concibe a la bioética como el estudio sistemático de las dimensiones de la moral- incluyendo a la visión moral, las decisiones, la conducta y las políticas- de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto multidisciplinario. (Hospital Juárez de México) Y sus principios básicos, según Beuchamp y Childress son: respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. (Siurana)

Con respecto a la definición de Salud Pública (SP), López Frías hace un buen resumen

sobre ésta, dado que es un constructo que sigue en evolución. Comienza diciendo: “...el *Institute of Medicine* (1988) la define como “lo que nosotros, en tanto que sociedad, hacemos para asegurar las condiciones para que la gente esté sana”. Asimismo, refiere que Donald Acheson (1998), defiende que la salud pública es “la ciencia y arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de esfuerzos colectivos organizados por parte de la sociedad”. Incluye lo que indica Gostin (2001), quien afirma que la salud pública es “la obligación que la sociedad tiene para asegurar las condiciones para la salud de la gente”. Por otro lado, dice que, centrándose en el tipo de esfuerzos que la sociedad debería llevar a cabo para promover la salud, Mark A. Rothstein (2002) sostiene que la salud pública “tiene que ver con agentes públicos que toman las medidas apropiadas según una autoridad legal específica...para proteger la salud pública”. Analizando estas definiciones, Marcel Verwiej y Angus Dawson (2007) identifican dos elementos comunes: (1) la protección y promoción de la salud de las poblaciones,

*-GGarcía, Jefa del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM; Responsable del campo de Epidemiología, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud UNAM; Profesora UNAM.

-CPantoja, Académico del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM; Colaborador del Programa de Regreso Protegido de COVID-19, Facultad de Medicina UNAM.

-JHuerta, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM; Médico de primer contacto, Unidad Temporal COVID-19, Centro Citibanamex; Médico de primer contacto, Clínica del Nacional Monte de Piedad.

-POchoa, Médico Residente de Cirugía General, Servicio de Cirugía General, Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” ISSSTE; Instructora de Soporte Vital y Avanzado, Cruz Roja Mexicana; Oficial Médico, Secretaría de Marina Armada de México.

-VGómez, Académico del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM; Profesor de Asignatura; Evaluador, Consejo de Salubridad General, Modelo de Calidad de Atención del Paciente.

(2) las intervenciones son dirigidas por entes públicos. De este modo, López-Frías concluye que ambos autores proponen la siguiente definición: “*intervenciones colectivas que tratan de promover y proteger la salud pública*” (Verweij & Dawson, 2007). (López Frías)

La Medicina y la SP, comparten objeto de estudio (la Salud-Enfermedad), sin embargo, lo hacen desde enfoques distintos, aunque complementarios. La primera, mediante una visión biológica, individual, curativa, mientras que la segunda es colectiva, social, que promueve la salud y previene la enfermedad.

“..el enfoque de los comités hospitalarios de bioética, es eminentemente biológico y dirigido al respeto de los derechos del individuo, ya sea paciente o participante en un protocolo de investigación”.

Con base en lo que hasta aquí se ha establecido, se puede identificar que, mientras la bioética funciona bien mediante sus cuatro principios rectores (teoría principialista), en la relación médico-paciente o investigador-sujeto de estudio, éstos no resultan aplicables al nivel colectivo que aborda la SP, lo que pone en relieve la necesidad de establecer criterios distintos cuando a la ética en la SP se hace referencia.

El Programa Regional de la OPS, considera que “...una integración sistemática de la ética en la salud pública, comienza con la creación de capacidades e implica incluir un

enfoque ético en la vigilancia, la respuesta a situaciones de emergencia, la inmunización y la formulación de políticas, incluyendo deliberaciones éticas en los procesos de toma de decisiones para promover la salud universal”. Esta creación de capacidades, es algo en lo que se debe enfatizar desde la formación de los recursos humanos relacionados con la salud, y aquí es importante remarcar que no se hace referencia únicamente a la formación del profesional de la medicina, sino de todas las áreas que tienen que ver con generar un cambio de paradigma: de la atención de la enfermedad hacia la producción de salud.

La formación en el pregrado de quienes estudian medicina, odontología, enfermería, fisioterapia, nutrición, entre otras, que son parte importante en los equipos de salud que trabajarán con las colectividades en su territorio, desde hace tiempo y hasta la actualidad, principalmente han tenido un enfoque biologicista, individual y curativo (actuar en el presente, para ver resultados a corto o mediano plazo). La formación del recurso humano que abordará los problemas éticos en salud pública, debe fomentar un mayor conocimiento, sobre las ciencias sociales y del comportamiento, así mismo, es vital integrar en el equipo de salud, a profesionales de la antropología, sociología, psicología social, mercadotecnia, trabajo social, entre otros, para así poder entender la cosmovisión de la colectividad en la que se pretenda generar un cambio real, dirigido, como ya se mencionó, a la producción de salud y no sólo al manejo de la enfermedad. Es por ello que para su formación en el área de la Salud Pública (generalmente a nivel posgrado), se integra a profesionales con formación en distintas disciplinas (entre ellas las mencionadas previamente), para desarrollar en ellos, una visión más panorámica e interprofesional de los objetos de estudio, de modo que aprendan a trabajar en conjunto, dialogando constructivamente con sus pares, para la toma de las mejores decisiones dirigidas a su población blanco.

En el caso particular de la formación del médico cirujano, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, desde el año 2010 el programa de estudios del área de SP tuvo un cambio importante para fomentar en el estudiante de medicina, una visión más aplicativa de ésta, y desde el primer año de la carrera, se aborda el tema de la ética en salud pública cuando se habla de “Derecho a la Salud” y cuando se trata el tema de “Desigualdades e inequidades en salud”. La idea es que el egresado de esta Facultad, independientemente del sendero que decida seguir al egresar de la carrera, tenga una formación sólida en esta área, para que le sea familiar y la integre a su práctica médica.

Las cuestiones éticas en el área de la Salud Pública, no han obtenido la importancia requerida, en comparación con la que se le ha brindado a la bioética principialista, aun cuando las decisiones tomadas desde la SP, abarcan no a un individuo, sino a la colectividad y son emitidas desde el Estado, que es quien tiene la responsabilidad de salvaguardar la salud de su población. En el área de la administración pública en México, el foco de las acciones también está en el individuo, sin embargo, se ha comprobado que el bienestar social precisa de mayor presencia del profesional de la salud pública, y se requiere la toma de acciones a partir de la prevención o modificación de factores de riesgos en forma colectiva, así como la actuación sobre los determinantes sociales de la salud.

Castro-Albarrán refiere el decir de Edmundo Granda: “Al igual que la Medicina transforma al médico en el mago que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la Salud Pública transforma al Estado en el mago que explica el riesgo y previene la enfermedad”. Así mismo indica que, “... el estado se erige como el representante de las personas y asume la responsabilidad de proteger tales derechos, mediante el ejercicio de la autoridad, el poder y el monopolio

de la fuerza represiva, si es necesario, y entonces, la Salud Pública se constituye en un instrumento del Estado para intervenir sobre los riesgos y organizar una respuesta institucionalizada científico-tecnológica, basada en procedimientos administrativos y normativos, que permitan proteger a la población contra la enfermedad”.^(Castro-Albarrán) Esta toma de decisiones desde el aparato estatal, puede afectar el estilo de vida y/o las libertades individuales de las personas, un ejemplo de ello, ha sido la pandemia por COVID-19, en donde ante la falta de vacunas, de tratamiento específico e incluso desconocimiento de la historia natural de la enfermedad, se decidió la disminución de la movilidad, se privilegió el trabajo desde casa, se solicitó ejercer sana distancia, entre otras, y aunque éstas peticiones no eran órdenes forzadas y se tomaron privilegiando el bien común, no se consideró que la población menos favorecida económicamente, aquella que vive de sus ingresos al día, se convirtió en población vulnerable y vulnerada.

Otro ejemplo de que el ejercicio de la salud pública introduce una tensión entre algunos principios básicos de la ética principialista, es acerca de la no maleficencia que sustenta la prohibición de fumar en espacios públicos, para no comprometer la salud de los no fumadores, pero que se opone al principio de autonomía, que lleva a tomar en cuenta la opción de los fumadores para dar curso a una elección propia.^(Penchaszadeh)

Así, cada decisión en Salud Pública, tiene aspectos éticos que deben ser considerados y para ello, se deberá brindar mayor énfasis en ellos, al profesional de esta área.

Los Profesionales de la SP en los Comités Hospitalarios de Bioética

En 1992 se creó en México la Comisión Nacional de Bioética, la cual en 2005 mediante decreto presidencial, se le otorgan facultades para que en el ámbito de la bioética, guíe políticas públicas, funja como consultor nacional, proponga, asesore y capacite a personal de salud en el respeto y cumplimiento de principios deontológicos, a través de promo-

ver la creación de comisiones estatales de bioética, así como la instalación y funcionamiento de comités hospitalarios de bioética y comités de ética en investigación.

En este sentido, la Secretaría de Salud define a los Comités Hospitalarios de Bioética, como espacios de reflexión, deliberación y educación, en un ambiente de libertad y de tolerancia, donde se analizan de manera sistemática, los conflictos de valores y principios bioéticos que pudiesen surgir durante el proceso de la atención médica, de la docencia o la investigación que se imparte en el área de salud, en estos recintos. Son órganos autónomos, institucionales, interdisciplinarios, plurales y de carácter consultivo. ^(SSA)

Estos comités están conformados por grupos multidisciplinarios dentro de establecimientos para atención médica tanto en el sector público, social o privado y tienen la función de analizar y orientar al personal de salud, frente a algún inconveniente en la práctica clínica, la atención médica y la docencia, garantizando condiciones de equidad, justicia, respeto a la dignidad y a los derechos humanos. ^(Comisión Nacional de Bioética)

Otra función relevante del comité hospitalario de bioética, es la de ser orientador a través de procedimientos congruentes con las condiciones sociales, económicas y culturales, así como con el momento histórico y el marco jurídico vigente, a través del establecimiento de procesos de diálogo y consentimiento informado con las áreas clínicas, fomenta la adecuada relación del personal de salud con los pacientes o participantes en un estudio, en el caso de procesos de investigación. Aquí es específicamente relevante la visión integradora e incluyente de la salud pública, la cual busca el máximo beneficio de los involucrados en dicha decisión. ^(Comisión Nacional de Bioética)

Es importante subrayar que el enfoque de los comités hospitalarios de bioética, es eminentemente biológico y dirigido al res-

peto de los derechos del individuo, ya sea paciente o participante en un protocolo de investigación. Esto implica que es frecuente que se pierda el enfoque colectivo y se conciba al individuo fuera de su contexto, como si su lugar “natural” fuese el hospital. Dado lo anterior, es recomendable que, entre los integrantes de cualquier comité hospitalario de bioética, quede incluido un profesional de la Salud Pública, quien además de estar familiarizado con el ámbito biológico y curativo, también lo está con el ámbito colectivo, por lo que podrá visualizar al sujeto en su contexto e identificar los aspectos éticos que puedan ser afectados, con base en la cosmovisión del paciente, así como para la propuesta de soluciones.

“Así, cada decisión en Salud Pública, tiene aspectos éticos que deben ser considerados y para ello, se deberá brindar mayor énfasis en ellos, al profesional de esta área”.

Por ello, el profesional de la salud pública al diseñar e implementar políticas públicas de prevención de enfermedades y de promoción de la salud, al interior, pero también fuera del ámbito hospitalario, vela por la salud individual y colectiva como un bien de la nación.

En conclusión, la enfermedad y la atención médica se han abordado principalmente al nivel individual, y esto ha provocado que el Sistema de Salud se encuentre rebasado, a

la vez que se ha presenciado el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual ha promovido un excelente sustrato para la emergencia y/o reemergencia de enfermedades infecto-contagiosas. Necesariamente esto genera múltiples retos en la toma de decisiones y por consiguiente en la presencia de dilemas bioéticos en el área de la salud pública. Lo anterior pone de manifiesto la importancia de seguir formando profesionales de la Salud Pública que entiendan la importancia del trabajo interdisciplinario y que apoyen la transformación del enfoque individualista en la atención a la en-

fermedad, hacia uno social, comunitario, en el que se logre una comunicación efectiva con la colectividad para generar un cambio real en los estilos de vida, la creación de ambientes saludables, de modo que se dé énfasis a la Salud Pública, más que a la enfermedad pública, como lo es actualmente. Es seguro que esta toma de decisiones hacia el fomento de la salud, también traerá consigo dilemas éticos en el ámbito de la SP, sin embargo, con personal preparado tanto a nivel pregrado, como posgrado, la resolución de los mismos deberá ser más precisa.

Referencias

- Castro-Albarrán, J.M. (2011). La Medicina y la Salud Pública. *La Salud Pública y el Trabajo en comunidad*. 95-105.
- Comité de institucional de Bioética del Hospital Juárez de México. <https://www2.congreso.gob.pe>
- Hardy-Pérez, R.-L. (2015). Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Revista de Medicina e Investigación*, 79-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mei.2015.02.007>
- López Frías, F.C. y Netro Beltran, J. (2020) La ética de la salud pública: Más allá del paradigma dominante en la bioética. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. N°33 251-267.
- Penchaszadeh, V. (2018). Bioética y salud pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 01-15.
- Siurana Aparisi, J.C. (2010) Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Revista Veritas* No. 22 (121-157.)
- SSA. Comisión Nacional de Bioética. (2015). *Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética*.
- Zan, J. D. (2022). *Conceptos de Ética y Moral* (Capítulo 1). UNAM. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2228/4.pdf>

Un enfoque ético de derechos humanos para la calidad de vida y la salud: aplicaciones para planificar en salud pública

Armando De Negri Filho*

Introducción

Asumir la salud como un derecho humano básico tiene una correlación directa en la forma en que la abordamos políticamente. La salud como un bien público, con dimensiones individuales y colectivas, halla expresión en el carácter de las políticas de salud que se implementan. Cuando son los derechos los que sustentan las definiciones de salud, las políticas deben orientarse a responder a las necesidades sociales. El derecho a la salud puede ser una fuerza motriz para la acción política que construye democracia y justicia social.

El argumento para ejercer el derecho a la salud se ha situado a menudo en el campo de la ética y la discusión moral sobre la solidaridad. Sin embargo, se trata de un debate político, que debería trasladarse al lenguaje de la formulación de políticas públicas, de organización de los sistemas y servicios, y de acciones que den materialidad al derecho a la salud.

En una versión anterior de este artículo se presentaron experiencias y un marco conceptual en torno a las políticas públicas para promover el derecho a la salud en Brasil, Colombia, Venezuela y Paraguay en gobiernos nacionales y locales de 2001 a 2008 (1). Desde entonces, se han recogido otras experiencias de políticas públicas orientadas a los derechos humanos y sociales. Con ello se han puesto nuevas luces sobre temas como la reforma hospitalaria del sistema único de salud (SUS) brasileño, la integración de las políticas sociales y el desarrollo en la ciudad de Asunción, Paraguay, y en discusiones sobre la salud universal.

Salud como producto social

Una respuesta basada en los derechos y en resolver la necesidad social, integra tres conceptos: universalidad, equidad e integralidad, los cuales enfocaremos en estas páginas a través de la “Estrategia promocional de equidad en calidad de vida”(2), que aplica la ética a las necesidades sociales y entiende la salud como un resultado social para la realización de la calidad de vida. El éxito de este

enfoque en la política de salud descansa en concebir el entorno social como “espacio de humanización”.

La estrategia promocional aquí esbozada permite establecer una perspectiva social en la que la escasez de recursos no es lo que norma el alcance de las intervenciones. Además, expone la contradicción entre lo necesario y lo disponible en términos de garantía de los derechos humanos y ciudadanos, confronta la idea de “lo mínimo posible” como respuesta a necesidades, rechaza la desasistencia planificada de la atención a la salud y sus consecuencias, y respeta el mandato bioético elemental: no causar daño.

Desarrollar un enfoque de derechos humanos que pueda aplicarse de manera efectiva para reestructurar la forma en que se diseñan las políticas, los sistemas y los programas de salud pública es un proceso complejo, que debe tener sostenibilidad política para alcanzar la madurez y resultados sólidos. Es fundamental asegurar el apoyo del liderazgo político a la estrategia, contar con un equipo técnico capaz de crear formas de aplicarla y, sobre todo, actores sociales y comunitarios que la incorporen a sus objetivos políticos y visión de futuro. Solo así se materializarán sus posibilidades de transformar la realidad.

Si se aplica de manera coherente, la estrategia promocional tiene un fuerte impacto en el reordenamiento inter y transsectorial para la planificación en salud colectiva con acción sobre la determinación social de la salud. Para ello, se requiere de una comprensión profunda de las causas que generan daños y enfermedades sociales, así como de sus consecuencias colectivas e individuales, que demuestran la relación entre enfermedad y pobreza.

Sin embargo, existen obstáculos significativos para romper la lógica tradicional de la organización corporativa y la regulación de los servicios, particularmente cuando trata-

*MD Ph. Asesor de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

mos de reorientar los aspectos curativos y especializados de rehabilitación dentro de los principios de la estrategia de promoción de la equidad en la calidad de la atención y la salud. La formación y la investigación son esenciales para llenar los vacíos en la perfección teórico-metodológica de la estrategia y sus aplicaciones en la vida real. Su naturaleza antihegemónica entra en conflicto con muchos de los instrumentos disponibles hoy en día para la gestión en salud.

Valga recordar que el grado de desarrollo político de la vida en sociedad define las posibilidades de progreso en una perspectiva estratégica. Es clave transitar hacia un discurso político que coloque en el centro los derechos humanos y sociales, así como la equidad del desarrollo humano sostenible. Esto puede definir y realizar el camino hacia la transformación social deseada y movilizar las energías de los actores sociales que son capaces de promoverla.

Realización del derecho a la salud: respuesta a las necesidades sociales

Un enfoque político comprometido con garantizar los derechos humanos tiene como sustancia material la satisfacción de necesidades en la vida cotidiana. También debe identificar explícitamente la interdependencia entre derechos y necesidades (3). Es imposible diseñar una intervención efectiva sin tener en cuenta el impacto que esta puede tener en la producción social del “daño” (pensado el daño desde el punto de vista de la salud) o la enfermedad.

Ello presupone una ética que afirma el valor absoluto de la vida, o sea, que la salud se entiende como una expresión del derecho básico a la vida, y los determinantes de la salud son aquellas condiciones necesarias que permiten que la vida exista y se desarrolle plenamente. Esta postura moral obliga a traducir la ética básica en decisiones coherentes en la práctica de esos principios. Esas decisiones configuran entonces un sistema de respuestas sociales que garanticen los derechos, obedecen a un imperativo ético y conducen a acciones para satisfacer las ne-

cesidades sociales. Sin duda es una visión que difiere diametralmente de la mayoría de las políticas sociales existentes, donde la falta de garantía de los derechos humanos y la escasa respuesta social efectiva se toma como normal. En muchos sistemas actuales son los límites económicos los que definen el alcance de la respuesta social. Los límites se convierten en una entidad que de alguna manera está disociada de la necesidad; se utilizan para justificar el *status quo*, como si las políticas sociales no debieran hacer más que mitigar y compensar.

Las políticas económicas y las opciones de ajuste estructural de buena parte de los gobiernos reproducen activamente la exclusión y la pobreza que luego pueden ser “gestionadas” mediante políticas de mitigación -“la gestión social del riesgo”. El resultado es una esquizofrenia estructural en la que tanto la sociedad como el gobierno actúan como garantes de un proceso que no refleja las prioridades de proteger a los miembros de la sociedad y establecer la responsabilidad institucional para el cumplimiento de los derechos humanos y sociales.

Universalidad, equidad e integralidad: una tríada para garantizar los derechos humanos

La centralidad de los derechos en las políticas públicas se basa en tres ideas inseparables: universalidad, equidad e integralidad. La universalidad significa que los derechos aplican a todas las personas y que hay acceso a todo cuanto el sistema posee. Cualquier distinción para condicionar el acceso a los beneficios niega el derecho universal. Por su parte, la equidad mide las desigualdades mediante un juicio ético o moral que se basa en el concepto amplio de justicia; reconoce y da voz a las desigualdades existentes entre las clases sociales, los territorios sociales, los géneros, los grupos étnicos y las edades.

La respuesta social debe ser integral para que las transformaciones ocurran desde las raíces estructurales de los problemas, incidan en los determinantes sociales y desglosen los factores que hacen que las personas

queden excluidas del ejercicio de sus derechos y del logro de la equidad. En cambio, las reformas neoliberales construyen políticas públicas para la atención de la salud bajo una lógica excluyente que carece de una perspectiva de derechos.

Un enfoque universalista concibe los derechos a la atención médica como un imperativo impulsado por la necesidad social. Ello implica dimensionar los recursos requeridos para suplir esa necesidad, en lugar de ajustar la respuesta para mantener los presupuestos equilibrados.

Para aplicar el enfoque universalista de manera responsable, deben plantearse ciertas preguntas: ¿Qué hacer para garantizar los derechos de todos? ¿Cuánto costarán esas garantías? ¿Cómo generar los recursos necesarios para pagar los costos? Estas preguntas siguen una lógica que difiere radicalmente de los conceptos del sistema de salud neoliberal, donde los argumentos descansan en la viabilidad económica y el equilibrio fiscal (4).

Estudiar la realidad bajo esta visión alternativa puede dar sostén a procesos de incidencia política para relevar la importancia de construir la materialidad de los derechos. Un ejemplo de este tipo de investigación es aquella que analiza, desde el prisma de los sistemas adaptativos complejos, cómo la falta de infraestructura física y la naturalización de que “los recursos son insuficientes” aleja el debate sobre **la necesidad** de atención hospitalaria por parte de la población brasileña (5). El trabajo aborda las cuestiones que deberían formar parte de una agenda política estratégica de la reforma hospitalaria brasileña con una perspectiva de derechos humanos y desarrollo. En él se destaca la enorme insuficiencia en la oferta de camas de hospital, como un indicador de la falta de respuesta oportuna, en número y calidad, para solucionar las necesidades de las personas y, por lo tanto, garantizar los derechos humanos y sociales a la salud, de acuerdo con los principios constitucionales de 1988.

El estudio remite a debates sobre el poder, esboza los ciclos de formulación e implementación de políticas, ahonda en la clasificación de sus alcances como política estratégica (alta política) o política sectorial (baja política), y en las condiciones requeridas en términos de actores y espacios de toma de decisiones. A tales fines se llevó a cabo un examen de la experiencia internacional para determinar los estándares para atender a las poblaciones nacionales en sus territorios. Además, se realizó una revisión de los parámetros adoptados en Brasil desde la dictadura del presidente Vargas (1937-1945) y se analizó la oferta hospitalaria entre 2005 y 2014 en su contexto sociopolítico. Se constató la disminución sostenida en el número total de camas hospitalarias nacionales y en el SUS – Sistema Único de Salud de Brasil, con niveles mucho más bajos que cualquier parámetro comparativo de otros sistemas nacionales de salud universales, particularmente cuando se consideran camas efectivas en el análisis de la oferta de camas y su rendimiento. En el sector privado se mostró un aumento absoluto de camas, pero una disminución relativa del número por cada 1.000 asegurados, ante el incremento de las coberturas de seguros privados.

Esta evidencia de la persistente crisis en el acceso hospitalario avala una agenda estratégica para la reforma hospitalaria brasileña, en la que los temas relevantes serían: 1. Definir el número y tipo de camas necesarias, y número, tamaño, tipo y características sistémicas de los servicios hospitalarios que proporcionarían las camas. 2. Superar la fragmentación, la discontinuidad de las acciones, y el incumplimiento de la promesa estratégica de algunas agendas que se probaron durante el período 2004-2014.

En el esfuerzo por encontrar un camino que pudiera elevar el tema de la crisis hospitalaria para ser abordado como una alta política, se delineó el contenido de la política hospitalaria en los planes de salud de los Estados brasileños, en documentos técnicos y organigramas de la coordinación de atención

hospitalaria. También se propuso considerar la posibilidad de que los gobiernos de los Estados liderasen, en el proceso de regionalización, el desarrollo de la agenda política estratégica estatal y nacional, fortalecer el vínculo entre las entidades federadas y los proveedores no estatales, especialmente los filantrópicos, y ampliar el diálogo con los profesionales médicos y los usuarios de los servicios que deben ser considerados como ciudadanos-sujetos dotados de derechos. Para allanar este posible camino se orientó un proceso de desarrollo participativo de los planes de directores de redes hospitalarias para los Estados y sus regiones, como medio de desarrollo de comunidades epistémicas y sus proyecciones a la sostenibilidad de una agenda de alta política dirigida a lograr 4 camas para 1.000 habitantes en 20 años de esfuerzo sostenido. Todos estos esfuerzos en consonancia con el mandato ético de construir respuestas para las necesidades y la garantía de los derechos.

Las necesidades radicales

El trabajo de Agnes Heller ofrece un modelo que permite centrarse en lo que ella llama “necesidades radicales”(6). En su “Theory of Needs in Marx” Heller argumenta que las necesidades de naturaleza radical son aquellas que no pueden satisfacerse dentro del marco social prevaleciente. Tal visión nos invita a preguntarnos si es posible garantizar para todos el derecho a la calidad de vida (y a la salud) en el marco social actual. También convoca a imaginar cómo la sociedad debe ordenar sus sistemas institucionales y organizativos para responder eficazmente a necesidades tan radicales.

Desde este punto de vista, existe un imperativo intelectual de considerar cómo cualquier nuevo marco que construyamos puede acercarnos políticamente a las alternativas futuras donde se puedan realizar los derechos. En esta idea de universalidad, la equidad, definida como una forma de justicia (“de cada quien, según su capacidad, a cada quien según sus necesidades”), se vuelve enormemente importante.

La inequidad establece diferencias sistemáticas que afectan la vida de las personas de manera injusta, innecesaria y evitable, por lo que no son moralmente aceptables. Esas diferencias definen el potencial y las oportunidades del individuo sobre la base de determinantes y exposiciones que aumentan la fragilidad en la ya difícil búsqueda de la calidad de vida (7). Esto se hace evidente cuando evaluamos los estándares de bienestar que una sociedad define, incluso cuando algunos grupos dentro de esa sociedad no pueden disfrutarlos (8).

Es peligroso discutir la equidad con criterios de focalización, en que las acciones se dirigen a los más pobres, mientras se ignoran los factores sociales que causan la pobreza y la exclusión. Es común que se aborde la equidad a través de políticas sociales que parecen discriminar positivamente cuando, de hecho, lo que hacen es simplemente consolidar las divisiones sociales dominantes, normalizar las inequidades y alimentar una falta de respeto social crónica por los derechos (8).

Para adoptar el enfoque de equidad, debemos cuestionar sistemáticamente si las políticas y acciones propuestas crean un principio de justicia, y examinar cómo nuestras iniciativas consolidan respuestas universales e integrales que nos lleven a la igualdad. Este cuestionamiento crítico continuo nos obligará a mantener una disciplina intelectual que afectará la representación analítica de los problemas (9). También determinará la forma en que construimos las respuestas, lo cual no resulta una tarea fácil en el contexto de una hegemonía social que fragmenta la realidad en parches sociales que ocultan las tensiones generales del conflicto y la injusticia.

Tal *statu quo* puede fácilmente llevarnos a estar satisfechos con respuestas que no abordan las causas sociales, solo para encontrarnos más tarde sorprendidos por el inevitable fracaso de políticas públicas fragmentadas que responden inadecuadamente a las necesidades basadas en los dere-

chos. Debemos considerar las inequidades derivadas del estatus (clase social, territorios sociales, edad, género, origen étnico) en nuestro examen de los determinantes y sus exposiciones resultantes. Este análisis crítico también puede comparar la distancia entre los diversos grupos sociales en términos de grado de calidad de vida, satisfacción o no de necesidades, exposición diferencial a los determinantes sociales, distribución de la enfermedad o el “daño” social, acceso a servicios sociales y a recursos para satisfacer las necesidades. Es así que las inequidades y las brechas de equidad entre los grupos toman forma y caracterizan la realidad.

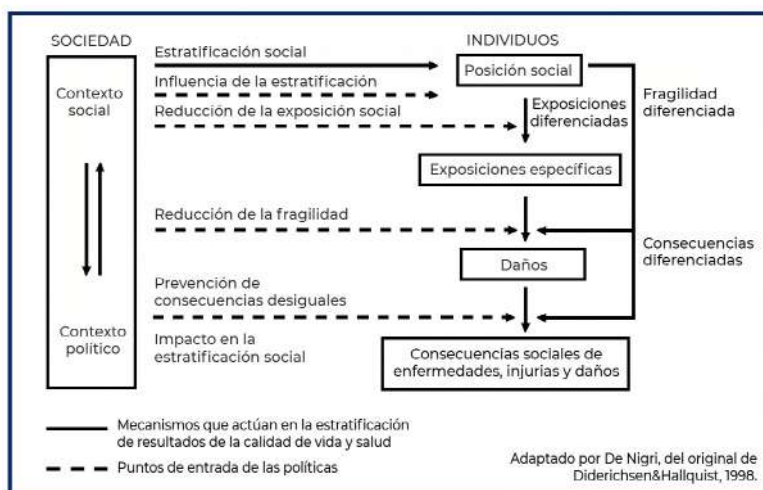
La eficacia de las políticas sociales sobre la base de la equidad debe medirse teniendo en cuenta las necesidades de las personas y los colectivos, así como a distancia relativa entre los grupos. Significa que tenemos que reducir las enfermedades, las muertes prematuras o la pérdida de calidad de vida al mismo tiempo que reducimos las diferencias inequitativas entre los grupos sociales. Analizar qué causa las realidades sociales requiere una comprensión aguda de las complejidades de los problemas que enfrentamos.

Cuando las instituciones públicas están fragmentadas por los llamados problemas sociales, pueden volverse rápidamente incapaces de enfrentar la complejidad de

estructurar políticas y acciones. La parálisis resultante inhibe el compromiso con las complejidades del proceso de estratificación social, al tiempo que hace difícil cambiar las situaciones debido a una capacidad cada vez más limitada para representar los problemas y abordarlos en las causas raíz (10).

Implicaciones de un enfoque de derechos para la política de calidad de vida: determinación social y causalidad compleja

La complejidad de los eventos sociales puede ilustrarse por cómo comienzan y cómo se perpetúan. Debemos entender cómo el contexto social termina debilitando o fortaleciendo la condición social de los individuos y sus colectivos. Reconocer esta posibilidad permite dar forma a los cambios sociales en la dirección de la garantía de los derechos y la inclusión social equitativa, visibilizar las exposiciones sociales de las personas como resultado de determinantes problemáticos y cómo los daños y sus consecuencias sociales se interrelacionan. Esta visión de totalidad compleja facilita la comprensión de cómo clasificar las intervenciones en la jerarquía de los procesos causales para ajustar nuestros objetivos y aumentar nuestra capacidad de transformar aquellos procesos que perpetúan una condición problemática. Esta dinámica se resume en la siguiente figura (11):



La naturaleza misma de los procesos complejos requiere construir una visión integrada de los problemas, a partir de las diversas representaciones que ofrecen todos los actores sociales que se ven afectados por esas condiciones. Debemos figurativamente “dar voz” a los problemas, basándonos en las palabras de quienes sufren sus efectos (“la justicia testimonial”). Por ejemplo, no podemos discutir formas de combatir la mortalidad materna a menos que examinemos sus causalidades a la luz de las circunstancias en las que ocurren y si no respondemos a ellas desde la experiencia misma. En este ejemplo específico, una respuesta a las causas problemáticas comienza en el punto de los determinantes y exposiciones sociales, lo que nos obliga a considerar factores tales como el nivel de ingresos de las familias, sus condiciones materiales de vida y su acceso a los servicios de protección social. Además, se considerará el nivel educativo de la madre, el financiamiento disponible para la atención médica, las opiniones culturales de clase que afectan el embarazo. Tales variables deben ser analizadas en sus complejas interdependencias, con el objetivo de enfrentar y eliminar estructuras y circunstancias que causan las muertes.

Al investigar sistemáticamente las causas sociales, podemos identificar los eslabones críticos en la cadena causal y luego definir estrategias e iniciativas para remediar la situación de la manera más efectiva. La falta de este paso analítico dificulta el desarrollo de una estrategia de promoción de la equidad en la calidad de vida y la salud, muestra la fragilidad de la acción política y social que de otro modo podría tener poder para transformar la realidad, pero que continúa perpetuando los problemas en el marco de la hegemonía imperante.

Debemos asegurarnos de que cualquier acción para enfrentar las causalidades esté dirigida a garantizar los derechos y realizar la tríada universalidad-equidad-integralidad. También debemos intentar que las respuestas operen en el marco de una racionalidad

práctica. Esto es someter la racionalidad técnica, característica dominante del espacio administrativo, al principio imperativo de acción que garantiza los derechos, para modificar tangiblemente la calidad de vida de las personas.

Fragilidad social vs. gestión de riesgos

Cualquier discusión sobre cómo abordar las complejidades también debe enfrentar el debate dominante sobre los factores de riesgo que se atribuyen a las personas o poblaciones y las formas en que se gestionan, por ejemplo, por parte de las autoridades locales o los coordinadores técnicos de proyectos (la llamada “gestión social del riesgo”). En el campo de la salud, el concepto de los factores de riesgo a menudo compite con el concepto de la determinación social de los problemas. Sin embargo, limitarse a los factores de riesgo puede limitar una comprensión de la totalidad que configuran las complejidades, en la medida en que este punto de vista atribuye la distribución de los problemas de salud a elecciones o condiciones personales particulares y ofrece solo respuestas limitadas, como cambios en los hábitos de vida, autocuidado y educación para tomar decisiones saludables. Reducir el asunto a unos pocos comportamientos modificables ignora los factores de determinación social y, en consecuencia, ignora el concepto de producción social de la salud. Con ello se excluyen del análisis las exposiciones sociales que se derivan de un desprecio por garantizar los derechos como un sistema interdependiente, particularmente en el contexto de las malas condiciones de vida y de trabajo. Más bien, ese enfoque de riesgos sostiene que el poder de cambiar las condiciones estructurales radica esencialmente en la gestión de las condiciones personales o grupales, y enmascara el papel de los determinantes sociales como causas. Culpa a las víctimas en lugar de a las condiciones sociales (los no derechos, la explotación) en las que viven.

El concepto de vulnerabilidad social se asocia a esta perspectiva al ignorar la producción social de los problemas. Al dirigir las acciones hacia las poblaciones e individuos

“vulnerables”, se trata a los afectados y sus colectividades como excepciones en un contexto que asume la falta de vulnerabilidad como la regla. En rigor, la existencia de “vulnerables” no es pasiva ni fortuita sino el resultado de una desprotección sistemática que produce empobrecidos, excluidos, despojados de sus derechos.

Existe una expresión estructural de poblaciones enteras que son socialmente fragilizadas mediante procesos de exclusión y empobrecimiento y necesitan protección social basada en los derechos humanos y sociales, en lugar de protección circunstancial contra factores de riesgo particulares o conceptualmente aislados. Estos derechos deben organizarse con un sentido amplio de protecciones sociales, y crear en última instancia garantías de seguridad civil y política, seguridad económica, seguridad social y seguridad ambiental.

Una cuestión particularmente compleja en este debate es el derecho universal a la seguridad. La visión tradicional sobre accidentes, violencias y suicidios asume que los entornos peligrosos, el azar y la ocurrencia de traumas son naturales, y que ocurren porque las personas aceptan el riesgo o se involucran en comportamientos de riesgo. Sin embargo, cuando miramos el tema desde el punto de vista de la determinación social y las exposiciones e inequidades que los gobiernan, encontramos la causalidad de tales eventos asociada a una condición de fragilidad estructural. Una respuesta efectiva basada en los derechos no solo ejercería la transsectorialidad de manera radical, sino que también llenaría los territorios y espacios sociales con alternativas viables que garanticen la calidad de vida, bajo una nueva concepción de ciudades, comunidades y entornos seguros que protegen la vida. Algo similar podría aplicarse a otros ámbitos como la alimentación, el consumo y las dependencias, el transporte, el espacio urbano, la provisión de agua, la vivienda, etc. Estos grupos de elementos complejos pueden entenderse efectivamente dentro de una inte-

racción causal que da forma a las estrategias de intervención centradas en las respuestas sociales a las necesidades sociales.

Corresponsabilidad, derechos y deberes

El discurso hegemónico sobre el cumplimiento de los deberes puede presentar un obstáculo fundamental para lograr el objetivo de construir políticas públicas centradas en los derechos. Los deberes no pueden constituir condicionantes para que las personas sean titulares de derechos. El límite del derecho de cada persona se encuentra en el respeto del derecho de la otra. La acción política que se impone aquí es la educación pública ciudadana, para que los ciudadanos puedan entender que la garantía de “mis” derechos radica en la garantía de los derechos de todas y cada una de las personas.

El concepto de corresponsabilidad social debe ser revisto como la participación emancipadora de la ciudadanía —dentro del pleno ejercicio de sus derechos civiles— en el debate, la decisión y las acciones posteriores que tienen lugar en conjunto e incorporados y apoyados por el gobierno.

La educación política continua debe dirigirse tanto a la población general como a los funcionarios del gobierno. En esta perspectiva de derechos para todos, el deber del Estado es actuar como garante de derechos con responsabilidad para toda la sociedad. La ciudadanía se involucra en una construcción activa de la responsabilidad de la sociedad para garantizar el derecho de todos y construir una realidad donde esto sea posible, a través de políticas públicas inclusivas que solucionen necesidades con sentido de equidad.

Cabe resaltar que las políticas públicas son todas aquellas que afectan la vida de las personas, con el potencial de generar bienes públicos a partir de valores públicos (se entiende que las políticas económicas también forman parte). Como públicas que son, deben ser apropiadas por la sociedad y criticadas y reorientadas por ella siempre que sea necesario para satisfacer sus necesidades. El carácter social de las políticas públicas estrictamente

ba en el efecto que generan en la producción de calidad de vida para las personas. Esto incluye, por tanto, las políticas de desarrollo de infraestructura urbana y rural, de desarrollo de los medios y relaciones económicos, alimentos, energía, comunicaciones, transporte, vivienda, agua, etc. Es decir, de todo lo que impacta la condición social, lo cual contrasta con cualquier definición que restrinja la política social a las áreas clásicas de educación, salud y seguridad social tradicional.

Aplicación de una estrategia inter y transectorial

La cuestión de los territorios sociales en lo que se refiere a la gobernabilidad democrática es otra área de discusión en la construcción de un enfoque de derechos humanos para la salud. Los derechos sólo pueden realizarse dentro de territorios sociales multiescalares que son un elemento clave para representar las relaciones de causalidad y las oportunidades para ejercer la transectorialidad. La descentralización ofrece una oportunidad para realizar un enfoque transectorial por territorios y aumentar la gobernabilidad al acercar la administración gubernamental a las realidades locales.

Las respuestas institucionales a menudo se reducen a iniciativas como la lucha contra el hambre, las políticas de infancia, u otras. Estos intentos de intersectorialidad en entornos territoriales todavía carecen de los medios para atender y gestionar las iniciativas de una manera verdaderamente transectorial. Esta debilidad político-organizativa es más evidente en la dificultad de adaptar la organización vertical de los ministerios o secretarías nacionales a una integración horizontal que fomente un verdadero intercambio de conceptos, métodos, objetivos, recursos y funcionamiento que refleje la conceptualización de la interdependencia de los derechos.

El objetivo principal de la transectorialidad es disolver las cadenas causales que producen los problemas sociales que afectan la calidad de vida y la salud, y fomentar la producción social del bienestar. Los escenarios

concretos para este ejercicio transectorial son los territorios sociales: las ciudades y las zonas rurales, y las poblaciones que las habitan. Adoptar un concepto de territorios sociales requiere que los problemas se contextualicen en su marco social y político, y se asuman los territorios como espacios de vida donde los determinantes sociales y las exposiciones se producen y reproducen en la vida de las personas reales.

Si la gobernanza se entiende como idealmente democrática y se definen formas efectivas de participación y control social sobre el Estado, con ciudadanos con derecho a tomar decisiones sobre prioridades y capaces de construir alternativas viables, la gobernanza descentralizada puede ser aún más plena, siempre que evite matrices de participación fragmentaria y dispersa. A menudo carecemos de una unidad o, al menos, de una sistematización de espacios para la participación, la toma de decisiones con poder vinculante y el monitoreo de las consecuencias, incluso ante las intervenciones descentralizadas.

La territorialización es un proceso crítico en la construcción de la transectorialidad. Fomenta el diseño de una nueva institucionalidad estrechamente vinculada a la situación existente y, por lo tanto, sirve para construir alternativas sociales en respuesta a la complejidad, lo que crea gobernabilidad con democracia.

Satisfacción de necesidades sociales: imperativo ético para promover la calidad de vida

Si elegimos ordenar la política pública utilizando el imperativo ético basado en derechos descrito anteriormente, debemos entender la jerarquía que tal principio genera (12). Para implementar este enfoque debemos comenzar de una manera que dé coherencia y alcance al imperativo ético de la respuesta. Esto, a su vez, precisa una gestión apropiada para este objetivo. Una jerarquía que coloca a la ética en primer lugar reorienta efectivamente las formas tradicionales en que suelen organi-

zarse las tareas: en función de los recursos disponibles en lugar de las necesidades sociales.

Invertir estas prioridades induce una verdadera orientación hacia las necesidades sociales y posibilita la lucha política por alcanzar todo lo necesario para concretar el derecho a la calidad de vida y a la salud para todos. Esta nueva construcción política opera mediante un modo promocional de cuidado. A diferencia del modo tradicional de atención “basado en la asistencia”, que se centra casi exclusivamente en la enfermedad, el modo promocional de atención se centra en mantener y desarrollar el derecho de las personas en todo el curso de vida y la realización de la autonomía, así como la creación de equidad entre los grupos sociales. En otras palabras, trabaja para garantizar la realización material de los derechos a lo largo de la vida con la producción concomitante de justicia social.

Si se adopta la promoción de la calidad de vida como una estrategia que ordena el modo de atención para implementar las políticas públicas. Debemos aportar una perspectiva promocional a todas las acciones que se llevan a cabo en este marco, ya sean educativas, protectoras o preventivas, o referidas al diagnóstico y tratamiento o a la rehabilitación.

En esta perspectiva promocional la transsectorialidad, como ejercicio aplicado de la transdisciplinariedad del conocimiento, está sujeta a la necesidad de responder eficazmente a las determinaciones sociales, exposiciones sociales, daños y consecuencias sociales de los daños. Esta amplia gama de respuestas requeridas infiere lo que uno u otro sector puede ofrecer por separado. La naturaleza compleja de los problemas obliga a exigir diferentes disciplinas de conocimiento y las acciones necesarias correspondientes, incluido el modo de gestión que podría generar las respuestas requeridas.

Si entendemos este enfoque estratégico de promoción de la calidad de vida como uno

que ve la atención como una respuesta a las necesidades sociales, entonces debemos adoptar el enfoque de la atención primaria de salud / la atención esencial a la salud — donde todos los componentes de un sistema de salud estén orientados por el modo de atención promocional— que preserve la coherencia de los modelos de provisión de servicios que se adopten.

La calidad de vida puede definirse en términos de cinco esferas interdependientes:

1. La esfera individual se entiende como autonomía o independencia funcional, es decir, la capacidad socioeconómica para satisfacer las propias necesidades y el pleno ejercicio de la emancipación política;
2. La esfera colectiva representa la equidad entre los grupos y la construcción de espacios públicos democráticos;
3. La esfera institucional implica la demanda de democratización institucional, una respuesta integral a las necesidades sociales y la intersectorialidad resultante en la construcción de respuestas que deben tener un efecto sobre los determinantes de la calidad de vida y los problemas de salud para dar lugar a la producción social de calidad de vida;
4. La esfera ambiental se basa en el principio de sostenibilidad; y
5. La esfera subjetiva, extensa y envolvente, se centra en la adopción de nuevas formas de subjetivación hacia la construcción de nuevas visiones sociales, así como la consolidación de valores como la solidaridad, la justicia y el respeto a las diferencias. (13)

En un enfoque de derechos, garantizar una respuesta efectiva a las necesidades sociales en calidad de vida y salud depende de un alineamiento de los medios de gestión en defensa de los derechos. Esto crea las condiciones de financiamiento, gestión y capacitación de los trabajadores, democratización de las decisiones, así como el sistema de

información, la logística y la infraestructura necesarias para responder a las necesidades sociales como expresión material de los derechos humanos y sociales.

El desarrollo de los medios de gestión se define estratégicamente en la medida en que el límite legal se “explora” constantemente. Este proceso combina probar el límite máximo de la ley con promover y legitimar un esfuerzo organizado de amplia participación social, con el fin de garantizar la gobernabili-

dad democrática. Es decir, una participación emancipadora capaz de generar nuevos poderes autónomos para los sectores sociales que se dedican a estos ejercicios. La participación es sin restricciones y, por lo tanto, independiente en su potencial para desempeñar un papel crítico con respecto al Estado. La descentralización nunca debe poner en peligro la garantía de un contrato social universal, que es el punto de referencia de un enfoque de derechos que unifica la acción del gobierno.

Referencias

1. A. De Negri Filho, A human rights approach to quality of life and health: Applications to public health programming. *Derechos Humanos y Salud – Una Revista Internacional*. Vol 10, No 1 (2008) <http://www.hhrjournal.org/index.php/hhr/issue/view/1>
2. Y. D'Élia, A. De Negri, M. Huggins, et al., *Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La Construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida Desde una Perspectiva del Derecho y la Equidad* (Caracas: Ministry of Health and Social Development of Venezuela, German Cooperation Agency, 2002); Ministry of Health and Social Development, *Plan Estratégico Social* (Caracas: Ministry of Health and Social Development, September, 2003);
3. Bogotá Mayor's Office, Capital District, *Plan De Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas, Bogotá 2004-2008; Bogotá sin Indiferencia. Un Compromiso Social Contra la Pobreza y la Exclusión (Draft agreement)* (Bogotá, April 30, 2004): Art. 1.
4. Corporación para la Salud Popular-Grupo Guillermo Fergusson (Guillermo Fergusson Group-Popular Health Corporation); School for Leadership Training in Health, *El Derecho a la Salud y su Exigibilidad* (Bogotá: Misereor, 2005).
5. A. De Negri Filho. Bases para un debate sobre la reforma hospitalaria del SUS: necesidades sociales y dimensionamiento y tipología de camas hospitalarias en un contexto de crisis de acceso y calidad [tesis]. São Paulo - Brasil, Facultad de Medicina; 2016 [citado 2020-06-08]. doi:10.11606/T.5.2017.tde-06032017-154754.
6. A. Héller, *Teoría de las Necesidades de Marx*, 3rd Edition (Barcelona: Península, 1998).
7. L. Carmona, N. Molina, and A. Casallas, “La Desprotección Social se Profundiza,” in N. P. Hernández (ed), *El Embrujo Autoritario: Primer Año de Gobierno de Álvaro Uribe Vélez* (Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, 2003): pp.59-70. Available (in Spanish and English) at <http://www.plataformacolombiana.org/embrujoinicio.htm>.
8. B. Lautier, “Las Condiciones Políticas de la Universalización de la Protección Social en América Latina,” presentation delivered at the Seminario Internacional de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia, September 2005.
9. P. Freire, *Pedagogía del Oprimido*, trans. M. B. Ramos (Londres, Reino Unido: Penguin, Harmondsworth, 1972).
10. L. Jadue and Fabiola Marín (eds), *Determinantes Sociales de la Salud en Chile: En la Perspectiva de la Equidad* (Santiago de Chile: Policy Institute of Epidemiology and Public Health, 2005).
11. F. Diderichsen, T. Evans y M. Whitehead, “The Social Basis of Disparities in Health”, en T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya y M. Wirth (eds), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (Nueva York: Oxford University Press, 2001).
12. A. De Negri Filho, “Adopción de una Estrategia de Promoción sobre Calidad de Vida y Salud: Transectoralidad de las Políticas Públicas”, en A. M. Girotti Sperandio (ed), *El Proceso de Construcción de la Red de Municipios Potencialmente Saludables* (CampinasSão Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004): p. 27
13. F. Diderichsen, “An Ethical and Epidemiological Framework and Targets for a New National Health Policy in Sweden”, en A. Oliver (ed), *Health Care Priority Setting* (Londres, Reino Unido: The Nuffield Trust, 2003).

Conversación con Gabriel García Rodríguez

En esta ocasión la Gaceta CONBIOÉTICA sostuvo una interesante conversación, con el Dr. Gabriel García Rodríguez, Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, sobre el tema *Ética en la vigilancia de salud pública*



1. ¿Cómo se abordan las cuestiones éticas en la práctica diaria de la vigilancia de la salud pública?

GGR: Hablar de vigilancia en salud pública es hablar de cambio. Tradicionalmente, la vigilancia en salud pública ha sido relacionada con el conteo y monitoreo de casos, del uso de canales endémicos, proyecciones, etc. Sin embargo, a medida que nuestro país se ha desarrollado y que la salud pública ha sido reconocida como un deber global, nuestro país ha sido incluido no solo en la vigilancia de los eventos nacionales, sino también de los internacionales, que, junto con la llamada transición epidemiológica, en la que las enfermedades infecciosas dejan de ser la principal causa de morbimortalidad para dar paso a las enfermedades crónicas, se han desarrollado múltiples estrategias de vigilancia.

Ahora, a la vigilancia de fuentes formales, se suman las metodologías establecidas para realizar vigilancia a partir de fuentes informales como lo son las redes sociales, o la vigilancia de la dinámica poblacional y su relación con la modificación en el comportamiento de las enfermedades, gracias a los registros de búsqueda en internet que se comparten públicamente o los datos de

movilidad otorgados por la geolocalización de los dispositivos móviles.

De esta manera, con esta expansión de lo que representa la vigilancia en salud pública, surgen múltiples preguntas en cuanto al marco ético de la misma.

Es importante diferenciar, de primera instancia, la ética en la práctica médica, la cual está centrada y va dirigida hacia el bienestar de los individuos; de la ética de las acciones e investigaciones, centrada y dirigida al bienestar común y la salud de las poblaciones (salud pública). Las prácticas éticas en los estudios epidemiológicos se han flexibilizado para permitir trabajar con poblaciones.

Hay que hacer otra diferenciación entre ética en los estudios epidemiológicos, con la ética de la vigilancia en epidemiología, donde la recolección, procesamiento, análisis, comunicación y resguardo de la información son los temas centrales y puntos donde la ética recae principalmente. Es un trabajo que se hace en pro del bienestar común, que no puede subdividirse en beneficios privados individuales porque se comparten a un nivel fundamental. Es una práctica cuyo fin es identificar los determinantes sociales de la salud haciendo énfasis en la inequidad y la distribución de los riesgos en la población, para fundamentar la creación de políticas que mitiguen estas diferencias. La vigilancia epidemiológica, además, está justificada por los principios de gobernanza, ya que incide en la rendición de cuentas, la transparencia y el involucramiento de la comunidad en temas de salud.

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto pautas para el abordaje ético de la vigilancia en salud pública que están basadas en la responsabilidad de emprender la vigilancia y someterla a escrutinio ético; la obligación de garantizar la protección apropiada y los derechos de las

personas que participen; y las consideraciones a la hora de tomar decisiones sobre cómo comunicar y compartir los datos de vigilancia.

2. ¿En qué difiere el marco ético de la vigilancia de salud pública en condiciones de emergencia?

GGR: El marco ético, independientemente del tipo de evento, está basado en los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Sin embargo, debemos considerar que la salud de la población es una cuestión de seguridad nacional y que en una situación de crisis como lo es una emergencia en salud pública, siempre se presentará el conflicto entre los derechos individuales frente a la protección de la salud colectiva, sin embargo, las situaciones de crisis exigen una respuesta ágil, eficaz y centrada en el bien común, con base en ejercicios previos en el marco de diversos escenarios posibles, con lo cual se facilita la orientación para la toma de decisiones y en consideración del marco ético.

Otro ejemplo claro que se detona en una crisis, es la necesidad de determinar la prioridad vacunal, o a quien se le brinda primero un tratamiento. Entre las emergencias se puede identificar dos grandes grupos de ellas, las emergencias ordinarias y aquellas con saldo masivo de víctimas y que rebasan las capacidades y recursos disponibles locales para enfrentar situaciones críticas desde la atención clínica, hasta la vigilancia epidemiológica como ocurre en los desastres y en epidemias de altas tasas de letalidad. Estas condiciones hacen evidente que la ética debe estar presente en los recursos dedicados a monitorear las condiciones de la población en la situación de emergencia.

En lo individual, los profesionales sanitarios enfrentan también dilemas éticos, como el miedo al contagio propio o de sus familias y familiares cercanos, lo que los coloca en el dilema de asistir al sitio de trabajo o permanecer en casa.¹

De igual forma en una situación de emergencia se implementan medidas como distanciamiento social, uso de medidas de prevención etc., lo que implicará la toma de estas, bajo el marco de la evidencia disponible, de lecciones aprendidas de eventos previos y sobre todo desde la perspectiva de los principios éticos básicos y en pro de mejorar la respuesta ante eventos futuros.

3. ¿De qué manera los hallazgos en salud pública inspiran nuevas líneas de investigación y cómo se vincula la bioética a esta tarea?

GGR: A partir de la información que se produce de los datos que aporta la población y del análisis de la misma, surgen múltiples nuevas hipótesis sobre el origen, factores de riesgo y factores protectores o enfermedades sobre los cuales se pueden incidir.

El reto es que, dentro de este deseo de contar con más información, se debe considerar siempre el impacto que puede tener en la población, particularmente en los grupos vulnerables. Siempre se debe considerar el impacto que podría tener el producir información que favorezca la estigmatización de estos grupos. Si el daño que produciría esta información es mayor al beneficio que puede aportar, es una oportunidad para replantear la pertinencia de esa línea de investigación.

Otro tema no menos importante, es el de los costos. La vigilancia de la salud pública implica invertir en recursos que podrían asignarse para alcanzar otras metas, como la atención clínica o la prevención; por lo que construir nuevos sistemas de vigilancia debe estar motivado por la capacidad de acción y no sólo en el ánimo de producir información. Aquí es donde la frase “Información para la acción” cobra sentido, no sería ético construir un sistema de vigilancia alrededor de un padecimiento cuya vigilancia no represente un beneficio para la población, o sobre el cual la capacidad de acción es limitada.

4. ¿Cuáles son los criterios para la priorización de acciones y recursos que considera la actuación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica?

GGR: Es importante mencionar que la vigilancia epidemiológica es un sistema vivo y reactivo; lo que quiere decir que evoluciona y se adapta conforme a las necesidades del momento, tanto en materia de información como de análisis por laboratorio. Tradicionalmente, los sistemas convencionales de vigilancia en salud pública, se basan principalmente en la información proporcionada por las unidades de salud, orientando de manera efectiva los programas de control, para la adecuada asignación de recursos.

“El marco ético, independientemente del tipo de evento, está basado en los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía”.

En materia de salud pública, recurrimos a la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad para la priorización de acciones. No es distinto para la vigilancia epidemiológica; sin embargo, la definición de prioridades no debe ser un tema unilateral, solo de los tomadores de decisiones. Es decir, la priorización de acciones y recursos para considerar la implementación de un sistema de vigilancia debe responder a un problema de salud pública, bajo la corresponsabilidad de la participación ciudadana, en pro de beneficiar a la población más vulnerable.

Los criterios que se consideran incluyen la confiabilidad de la fuente, el acceso a datos epidemiológicos de referencia, tasas de incidencia, estacionalidad típica, variaciones, distribución regional de enfermedades, población en riesgo conocida, gravedad de los eventos informados, entre otros.

5. ¿Cuál es papel de la ética en la toma de decisiones e implementación de políticas de salud, a partir de la vigilancia epidemiológica?

GGR: En materia de salud pública, los principios generales de la ética deben aplicarse en el nivel individual y en el nivel comunitario; es decir la micro y macro ética. En el nivel individual, ésta influye en cómo una persona se relaciona con otra. En un nivel comunitario, la ética aplica a cómo una comunidad se relaciona con otra y cómo una comunidad trata a cada uno de sus miembros actuales o potenciales; así como a miembros de otros grupos con diferentes usos, costumbres y valores.

La información producida por los sistemas de vigilancia, ofrece una base sólida para la toma de decisiones e implementación de políticas públicas por parte de una entidad que decide desarrollarlas. La información carece de sentido ético por sí misma. Es la persona que dispone de ellas que tendrá que hacerse valer de los principios éticos, considerando que en salud pública la micro y macro ética son indivisibles, es decir integrar los cuatro principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) en la generación de políticas que influyan en la protección de los individuos y grupos poblacionales.

6. ¿Cómo debe conducirse la vigilancia de la salud pública para anticiparse a escenarios de incertidumbre, con el propósito de reducir riesgos innecesarios para el bienestar social?

GGR: La vigilancia en salud pública es un esfuerzo y un compromiso global. Nuestro país debe colaborar con otros países de la

región y del mundo para el fortalecimiento mutuo, entendiendo a la salud global como un problema conjunto. Es a través de la cooperación internacional que nuestro país puede mantenerse alerta e informado sobre futuras amenazas.

En este sentido, el reto es y será la adecuada comunicación de esos riesgos para con la población, de tal manera que permee en todos los estratos de la sociedad y podamos detectar y controlar cualquier amenaza para la salud de nuestra población.

7. ¿Cuáles son los desafíos que presenta la vigilancia de la salud pública?

GGR: Uno de los principales retos es dar respuesta a los panoramas cambiantes de la situación de la salud de la población no solo en México, sino en el mundo. Como hemos visto las enfermedades emergentes y reemergentes son un desafío brutal para cualquier sistema de salud en el mundo.

El contar con las herramientas y recursos necesarios para hacerles frente son el pilar para la sostenibilidad de un país en situación de crisis. La coherencia de las acciones implementadas derivadas del análisis producto de los sistemas de vigilancia, es fundamental en situaciones rutinarias y de crisis.

La confiabilidad y calidad de la información proveniente de la vigilancia de la salud pública es otro desafío al que se enfrentan los tomadores de decisiones y los sistemas de salud, por ello el mantener la confianza de la población, a través de intervenciones basadas en evidencia científica y con una comunicación totalmente transparente y basada en hechos permea la comunicación efectiva en la población y combate la infodemia.² Los datos por sí solos no nos comunican lo que sucede, por ellos se deben analizar para generar información que sea de utilidad para la toma de decisiones; sin embargo, si el dato carece de exactitud, completitud, integridad, actualización, coherencia, relevancia, accesibilidad, confiabilidad y trazabilidad,

la información será errónea de comportamiento real de la situación de la salud de la población.

“En materia de salud pública, los principios generales de la ética deben aplicarse en el nivel individual y en el nivel comunitario; es decir la micro y macro ética”.

Ante la aparición de nuevas tecnologías de comunicación, el incremento de los riesgos QBREN (Químicos, Biológicos, Radiológicos, Explosivos y Nucleares), el aumento de la movilidad global y la emergencia o reemergencia de enfermedades, la Inteligencia Epidemiológica se vuelve relevante, la recopilación sistemática, análisis y comunicación de riesgos para detectar, verificar, evaluar e investigar los eventos y riesgos para la salud, con el objetivo de emitir una alerta temprana que permita definir acciones para la mitigación de los riesgos. De esta manera el integrar las fuentes de información (Vigilancia Basada en Indicadores y la Vigilancia Basada en Eventos) con el fin de detectar eventos y/o riesgos para la salud pública, siendo fuentes complementarias de información, contribuyendo a otorgar una respuesta rápida.

8. ¿Cuál es la evaluación ética de la vigilancia epidemiológica del virus SARS-CoV-2?

GGR: La gran variedad de desafíos éticos en el curso de una emergencia de salud pública incluye decisiones de diverso orden.³ En el marco de la vigilancia epidemiológica del virus SARS-CoV-2 la información recolectada

desde el inicio de la pandemia deriva del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual es el conjunto de estrategias y acciones epidemiológicas que permiten la producción de información epidemiológica útil para la salud pública. El Sistema integra información proveniente de todo el país y de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) que permean en la toma de decisiones en los órdenes de gobierno.

En este esfuerzo de mantener los valores éticos, durante la pandemia por SARS-CoV-2, la información derivada del SINAVE se ha compartido en total apertura y transparencia, siempre respetando la confidencialidad de la información. El canal de comunicación ha estado abierto desde el registro del primer caso en el país, en marzo de 2020, hasta el momento, a través de múltiples canales,

como informes del panorama de SARS-CoV-2, el semáforo de riesgo epidemiológico, comunicados técnicos, conferencias nocturnas, informes integrales, y demás documentos elaborados para atender la situación de COVID-19, mismos que se encuentran con acceso público en el sitio de <https://coronavirus.gob.mx/>

Por otro lado, en el tenor de la transparencia, se implementó durante la pandemia la publicación de las bases en datos abiertos, hecho sin precedentes que refuerzan el sentido de reciprocidad de la Dirección General de Epidemiología hacia la población

Finalmente, resaltar que la ética es y será un marco de actuación ante situaciones críticas como lo son las emergencias en salud pública.

Referencias

1. Arias Bohigas P. (2009). *La ética durante las crisis sanitarias: A propósito de la pandemia por el virus H1N1*. Consulta 27 de junio de 2022. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v83n4/editorial.pdf
2. Santillán García A. (2020). *Consideraciones éticas durante las crisis sanitarias: A propósito de la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2*. Consulta 27 de junio de 2022. file:///D:/Users/ruth.gonzalez/Downloads/Dialnet-ConsideracionesEticasDuranteLasCrisisSanitarias-7721382.pdf
3. Alarcón Guzman R. (2020). *Perspectivas éticas en el manejo de la pandemia COVID-19 y de su impacto en la salud mental*. Consulta 27 de junio de 2022. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000200097&script=sci_arttext&tlng=pt

Aspectos relevantes de la ética en la investigación durante emergencias sanitarias para el cumplimiento de las medidas de salud pública

Investigación con estándares éticos y confianza de la población:

En el ámbito del conocimiento científico, la comprensión de todas las dimensiones sobre la **COVID-19** requiere tiempo, en este sentido, asegurar una investigación con estándares éticos es esencial para que la población confíe tanto en la investigación como en sus resultados, así como en los profesionales y las autoridades de salud

Comunicación social responsable en emergencias de salud:

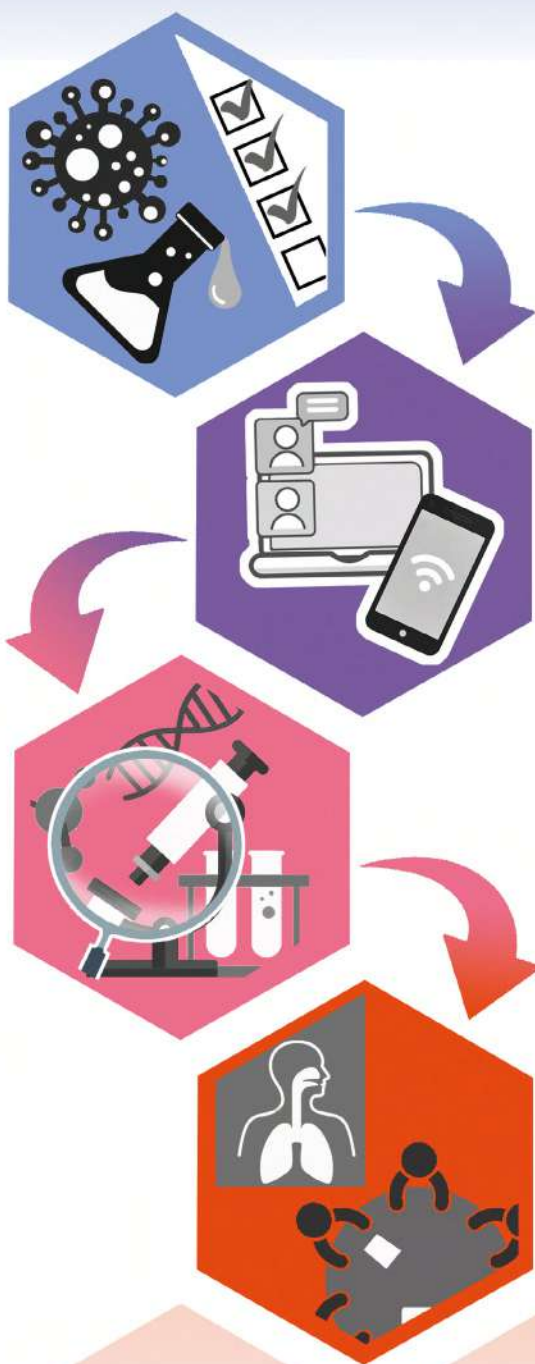
Actualmente un gran número de personas tiene al alcance internet y redes sociales, entre otros soportes y herramientas tecnológicas, que permiten circular y compartir datos falsos, en perjuicio de la confianza en la investigación, esta es una de las razones más importantes del desafío que representa llevarla a cabo en emergencias de salud, aunada a la tarea de corregir la desinformación de manera veraz y comprensible para la ciudadanía

Transparencia de la gobernanza ética de la investigación:

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OPS) "La transparencia es un componente central de la gobernanza ética de la investigación que, en las emergencias de salud, se torna fundamental para promover la confianza de la población en la investigación y la respuesta de salud pública"

Comité de Ética en Investigación y estándares éticos:

Cabe mencionar que, en cualquier circunstancia, sea o no de emergencia sanitaria, es fundamental el papel del Comité de Ética en Investigación (CEI) en la revisión y aprobación de los proyectos de investigación con seres humanos para que se adhieran a estándares éticos



Referencia

Organización Panamericana de la Salud (2022). *Catalizar la investigación ética en emergencias. Orientación ética, lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19 y agenda pendiente*. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56104/OPSHSSBIOCOVID-19220019_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Entrevista al Dr. Patricio Santillán Doherty Comisionado Nacional de Bioética

En fecha reciente, la Dirección General de Comunicación Social (DGCS) de la Secretaría de Salud, realizó una entrevista al Dr. Patricio Santillán Doherty, Comisionado Nacional de Bioética, con motivo del 30 Aniversario de la CONBIOÉTICA, a partir de la citada conversación, la DGCS elaboró un comunicado, el cual, por su relevancia, se presenta a continuación de manera íntegra:



Comunicado

Coordina Comisión Nacional de Bioética comités de ética en investigación y hospitalarios

- Verifican protocolos de estudio, promueven valores humanísticos y trato digno
- Tratamientos, vacunas y medidas sanitarias contra COVID-19 tienen base científica
- Este 30 de marzo Conbioética cumple 30 años de promover el derecho a la salud

Ciudad de México, 30 de marzo de 2022.- Los valores éticos han jugado un papel importante en el manejo de la pandemia, en el tratamiento y atención médica por COVID-19, ya que tienen como base la evidencia científica con absoluto respeto a los derechos humanos, afirmó el titular de la Comisión Nacional de Bioética (Conbioética), Patricio Santillán Doherty.

Entrevistado con motivo del 30 Aniversario de la Conbioética, Santillán Doherty sostuvo que todos los tratamientos, procedimientos médicos, medicamentos, vacunas y medidas sanitarias tienen una base científica, un protocolo de investigación, no son suposiciones o ideas falsas.

Explicó que el objetivo de este organismo es que las instituciones de salud sean más eficientes científicamente y humanísticamente; elementos que forman parte de la medicina.

La Conbioética coordina los 419 comités de Ética en Investigación que operan en instituciones de salud y los mil 165 comités hospitalarios de Bioética de todo el país.

“El 30 de marzo de 1992, el Consejo de Salubridad General (CSG) creó la Comisión Nacional de Bioética. En el 2005 se transformó en órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía propia”.

El Comité de Ética en Investigación tiene la responsabilidad de vigilar que los protocolos de estudio que se realizan en instituciones y hospitales cumplan con la normatividad y lineamientos internacionales en la materia

como pueden ser el propósito del trabajo, el impacto en las personas y el respeto de los derechos humanos.

No son comités de tipo judicial que intentan determinar la validez o no del protocolo, sino asegurar que se hagan de manera correcta. “Estos proyectos de investigación tienen que estar estructurados. En una pandemia uno entiende que puede ser difícil porque hay cierta premura en hacer algo. Pero eso no significa que no tengan que seguir lineamientos propios de investigación científica”, puntualizó.

Como ejemplo se refirió a las investigaciones sobre COVID-19 que han desarrollado los institutos nacionales de Enfermedades Respiratorias (INER) “Ismael Cosío Villegas” y de Ciencias Médicas y Nutrición (INCMN) “Salvador Zubirán”; y el Hospital General de México (HGM) “Eduardo Liceaga”, liderados por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

La herramienta principal de la biomedicina es el conocimiento científico. “Hacer las cosas con base en tradición, en dogma, en pensamientos no sustentados nos mete en problemas y nos lleva a épocas que ya no existen en la medicina”, advirtió.

Otro de los objetivos de la Conbioética es promover los valores humanísticos, mejorar el trato y la relación entre pacientes y equipo médico, integrado por técnicos, especialistas en psicología, trabajo social y enfermería.

Esta tarea está a cargo de los Comités Hospitalarios de Bioética que trabajan en el país.

El 30 de marzo de 1992, el Consejo de Salubridad General (CSG) creó la Comisión Nacional de Bioética. En el 2005 se transformó en órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía propia. En 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el decreto para que los establecimientos para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud, cuenten con un Comité Hospitalario de Bioética y un Comité de Ética en Investigación.

En 2020 se publicó el acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y las unidades hospitalarias que deben contar con estas instancias, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética.

Secretaría de Salud

Síguenos en

Twitter: [@SSalud_mx](https://twitter.com/SSalud_mx)

Facebook: [@SecretariadeSaludMX](https://www.facebook.com/SecretariadeSaludMX)

Instagram: [ssalud_mx](https://www.instagram.com/ssalud_mx)

YouTube: [Secretaría de Salud México](https://www.youtube.com/Secretaría%20de%20Salud%20México)

Sitio: www.gob.mx/salud

Firma de convenio de colaboración de la Universidad Autónoma de Zacatecas y homenaje al Dr. Enrique Argüelles Robles

Gabriela Pineda Hernández*

El 23 de junio de 2022 se celebró en el Teatro Calderón de la Ciudad de Zacatecas la firma del convenio de colaboración entre la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), la Secretaría de Salud de Zacatecas, el Consejo Estatal de Bioética de Zacatecas (CEB) y la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA).

El doctor Enrique Argüelles Robles, Presidente del CEB y Director Fundador de la Escuela de Medicina Humana de la UAZ en 1952, inauguró el evento y expresó su agradecimiento a los representantes de las autoridades universitarias y civiles presentes. Destacó que la firma del convenio refleja la esperanza de que la bioética no sólo se encuentre en el ámbito clínico, sino que se extienda su relevancia a todo el ecosistema que tanto preocupa a la sociedad actual.

Por su parte, el doctor Patricio Santillán Doherty, Comisionado Nacional de Bioética, expresó que la CEB Zacatecas es un ejemplo de funcionalidad y un referente para otras comisiones estatales de bioética. Señaló que el progreso científico y médico tan acelerado a consecuencia de la pandemia de Covid-19, dejó en claro que el poder de la ciencia es fundamental para el avance de la sociedad. No obstante, dicho poder requiere una guía, siendo esta la evaluación bioética.



El doctor Rubén Ibarra Reyes, Rector de la UAZ, enfatizó que el convenio servirá para que más de 42 mil estudiantes de todas las unidades académicas, tengan una mejor enseñanza en materia de conocimientos específicos en sus respectivas áreas, pero también enriquecerá la formación del personal docente para incidir en su realidad social inmediata desde el marco de la ética, el humanismo y el pensamiento crítico.

En el marco de este evento, en compañía de familiares, amigos, médicos colegas, estudiantes, docentes y autoridades universita-

*Subdirectora de Enlace de Comisiones Estatales de Bioética de la Comisión Nacional de Bioética

rias, la UAZ brindó un homenaje a los 70 años de trayectoria del doctor Enrique Argüelles Robles, destacado académico e investigador, quien a sus 93 años sigue contribuyendo al desarrollo de la salud y la educación en Zacatecas.



El rector Rubén Ibarra Reyes enfatizó que el doctor Enrique Argüelles Robles es un hombre de época, visionario y humanista, un ser humano de grandes valores universitarios, por lo que tiene un lugar muy especial en la historia de la Universidad Autónoma de Zacatecas, tanto por haber acompañado el proceso de autonomía, como por su figura impulsora de las unidades académicas de Ciencias de la Salud.

El doctor Argüelles Robles llegó como médico a Zacatecas en 1952 e impartió en el Instituto de Ciencias de Zacatecas (escuela precursora de la UAZ) la asignatura de química fisiológica. En 1958 participó en el movimiento estudiantil que logró la creación del Instituto de Ciencias Autónomo de Zacatecas. Para 1968, dicho Instituto se transformaría en la UAZ, siendo él quien fundó la escuela de medicina; años después, con otros colegas universitarios, fundaría las escuelas de enfermería, química, odontología y veterinaria.



Sugerencias en medios digitales de la CONBIOÉTICA

Ariana Leticia Landín López*

Película

Título: El año de la peste

Año de estreno: 1979

Duración: 1 hora 43 minutos

Director: Felipe Cazals

Producción: CONACITE Dos



Basada en el Diario del año de la peste de Daniel Defoe y con argumento de Gabriel García Márquez, *El año de la peste* es ya una película de culto del cine mexicano. La dirección de Felipe Cazals nos adentra en un marzo lejano, en las calles de alguna ciudad. Los médicos advierten que hay varios decesos causados por trombosis pulmonares, por lo que comienzan las investigaciones y las cuarentenas para tratar de contener la pandemia. Algunos especialistas del Ministerio de Salud Pública sospechan lo peor, pero nadie se atreve a decirlo en voz alta. “No estamos en la Edad Media”, advierte uno de ellos. Con el paso de los meses, se vuelve evidente que hay un problema de salud pública, pero los encargados de tomar las decisiones no quieren hacer pública la situación por temor al caos y al impacto económico. Las autoridades, en complicidad con la prensa, callan y obedecen las órdenes “de arriba” mientras que la situación se agrava entre la población.

Película

**Título: The constant gardener
(El jardinero fiel)**

Año de estreno: 2005

Duración: 2 horas 09 minutos

Director: Fernando Meirelles

Producción: Focus Features



Justin Quayle, un diplomático británico, conoce a la aguerrida Tessa y, al poco tiempo, acepta casarse con ella para llevarla a su próxima misión en África. Tras la muerte de su esposa. La película transforma la historia de amor en un thriller: Justin necesita aclarar cómo y por qué murió Tessa. Lo que en principio parece una infidelidad, se revela como una trama llena de intrigas y de complicidad entre los gobiernos y las compañías farmacéuticas para realizar investigaciones en seres humanos. Tessa descubrió una red con falta de ética, que utiliza a los africanos más vulnerables con el propósito de incrementar las ganancias económicas y evitar la rendición de cuentas. Esta película también resalta la importancia de las organizaciones comunitarias para tomar la rienda de las decisiones de salud pública; especialmente cuando las investigaciones solo beneficiarán a otros y no a los participantes. John le Carré, el autor de la novela en que se basa la película, acepta que la realidad puede superar a su ficción.

* Subcoordinadora de Biblioteca de la Comisión Nacional de Bioética

Podcast

Nombre: Café Cofepris

Episodio: Comisión de Autorización Sanitaria (CAS)

Año de estreno: 2022

Duración: 30:36 minutos

Disponible: Google Podcast y Spotify



En este episodio, el Comisionado de Autorización Sanitaria (CAS), Dr. Natán Enríquez Ríos, explica cuáles son las labores que se realizan en esa Comisión, encargada de garantizar la seguridad y la calidad de los productos y servicios, a través de las autorizaciones de medicamentos, establecimientos, vacunas y dispositivos médicos. Como agencia regulatoria, el Dr. Enríquez Ríos señala la necesidad de las autorizaciones oportunas, expeditas, dinámicas y proactivas. Además, enfatiza la importancia del sustento científico y técnico, el bienestar público y la integridad.

Podcast

Nombre: Public Health On Call

Episodio: 424 - So You Want to Lead a Public Health Agency?

Año de estreno: 2022

Duración: 19:24 minutos

Disponible: Sitio Web, YouTube, Apple Podcast y Google Podcasts



La Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg presenta en este podcast una pregunta: ¿Así que quieres liderar una institución de salud pública? El Dr. Jay Varma, médico y asesor del alcalde de Nueva York durante la pandemia COVID-19, conversa con el Dr. Josh Sharfstein sobre por qué se espera que los especialistas en salud pública sean expertos en salud, tecnología, ciencias sociales, política y legislación; además de ser honestos, visionarios y humildes. Exponen la necesidad de ampliar la formación en salud pública con el fin de desarrollar las habilidades requeridas para comunicar, evaluar la evidencia disponible, balancear las situaciones ideales con las situaciones realistas, crear alianzas, tomar y justificar las decisiones.

Audiovisual**Nombre: El Cazador de Cerebros****Episodio: Desconfiados**

Año de estreno: 2021

Duración: 29:27 minutos

Disponible: RTVE



Con la pandemia de COVID-19 se hizo evidente que existe mucha desconfianza en las instituciones, lo que ha permitido la infodemia y la difusión de las fake news. En este programa, Pere Estupinyà conversa con varios especialistas para tratar de responder, ¿de dónde nace la confianza y qué mecanismos biológicos esconde?, ¿es la confianza una decisión racional?, ¿la confianza es un elemento esencial en las relaciones y en la vida comunitaria?, ¿por qué hay gente que le cree más a un desconocido y no a un científico o a un especialista en salud pública?, ¿se puede aprender a confiar? Algo sí es seguro: la confianza es muy fácil de perder.

Audiovisual**Nombre: Info CLACSO****Episodio: La salud tiene que ser un bien público integral garantizado por el Estado**

Año de estreno: 2022

Duración: 13:10 minutos

Disponible: Sitio web y YouTube



Para CLACSO, la salud es uno de los elementos centrales para el bienestar social, por esta razón le dedican este episodio de Info CLACSO. Karina Batthyány explica que la salud es un derecho humano fundamental y que la salud tiene que ser un bien público garantizado por el Estado. Para esto resulta necesaria la promoción de los sistemas integrales y universales de la salud; atendiendo los problemas de desigualdad y vulnerabilidad, la perspectiva de género y el combate a otros aspectos de salud que quedaron olvidados con la llegada de la pandemia de COVID-19.

Documental
Filmoteca UNAM
Nombre: La Defensa de 1953

Año de estreno: 1953
Duración: 8:32 minutos
Disponible: Sitio Web y YouTube



La Secretaría de Salud le entregó a la Filmoteca de la UNAM una colección importante de documentales sobre programas de higiene, prevención de enfermedades de salud, campañas de salud y vacunación que se llevaron a cabo desde los años cincuenta. El corto La Defensa de 1953 explica cuáles son los riesgos de no vacunarse, en contraposición con la defensa que otorgan las vacunas. El propósito del video es invitar a las personas para que acudan a las campañas de vacunación en cuanto lleguen a la comunidad. A casi 70 años de este documental, resulta interesante ver cómo se promovía la vacunación y las tecnologías existentes para vacunar.



Sugerencias editoriales de la CONBIOÉTICA

*Karla Nallely Rosas Chelius**

Bioética y Humanidades Medicas

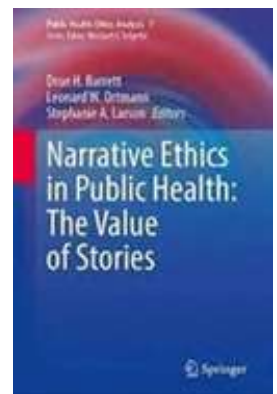
Fernando Lolas y Eduardo Rodríguez.
2020



En la Bioética y sus textos se ha generado un estereotipo con un enfoque meramente médico, al abordar los temas que a ella se refieren, el libro pretende alejarse de esta línea integrando a las humanidades como parte de la reflexión y argumentación, construyendo así un puente entre ambas disciplinas, lo que permite enriquecer su contenido, respecto de temas como: bioética en salud mental, inicio de la vida, eutanasia y cuidados paliativos.

Narrative ethics in public health the value of stories

Drue H Barrett, Leonard W Ortmann
y Stephanie A. Larson
2022



En el texto se expone una variedad de casos referentes a las problemáticas relevantes de ética en salud pública como: justicia en la salud pública, vigilancia y estigmas en salud pública y libertad y responsabilidad en salud pública. Lo anterior con el propósito que cada capítulo sirva como antecedente, consulta, capacitación o complemento, ya sea a funcionarios, académicos, investigadores o estudiantes al momento de profundizar en dichos temas.

* Jefa del Departamento de Servicios de Información de la Comisión Nacional de Bioética

Humanismo, ética e interculturalidad en salud

Carmen Alicia Cardozo de Martínez,
Juan Carlos García Ubaque y
Paula Fernanda García Benítez
2022



Esta edición aborda el proceso salud-enfermedad, para ser complementado con conceptos de carácter filosófico, humanista y social, de esta manera, se acerca la salud y el sustento de la vida a la realidad de las personas, desde un punto de vista adicional al de las ciencias médicas.

En la práctica de los profesionales y el personal encargado de velar por la salud, solo algunas veces se ven reflejadas conductas apegadas a la ética, la interculturalidad y el humanismo por ello es relevante consultar este texto pues los autores presentan los resultados de una investigación realizada sobre la realidad de dichos conceptos, en un ámbito específico.

Ética Médica. Una breve introducción

Michael Dunn
2022



Si la vida ordinaria está repleta de tensiones éticas también lo estará lo relacionado con la medicina, por ello en esta reciente edición Tony Hope y Michael Dunn indagan el razonamiento ético que se implementa en el ámbito médico, considerando que la nueva ciencia médica moderna genera nuevas opciones morales y cuestiona ideas tradicionales.

El tema de la ética médica está vigente y abarca aspectos de la salud mental, la medicina reproductiva y la administración de recursos, entre otros, por lo que el texto es una introducción recomendable para lograr analizar la ética detrás de la medicina.

Los profesionales sanitarios ante la muerte

Torre, Julio de la, Massé, M. Carmen
2020

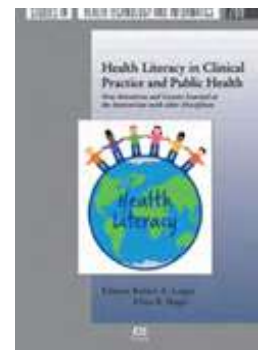


En este libro, destacan dos protagonistas principales: la muerte en pacientes con nombres propios y los profesionales sanitarios.

Muerte propia, muerte ajena que puede dar sentido a toda una vida. El escrito es el resultado final de varios años de investigación de un buen número de profesionales sanitarios y bioeticistas, dentro del proyecto de investigación. Los últimos años de vida: demencias y dependencias, cuidado y sentido. Es el arte de morir, liderado por la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas.

Health Literacy in Clinical Practice and Public Health. New Initiatives and Lessons Learned at the Intersection with Other Disciplines

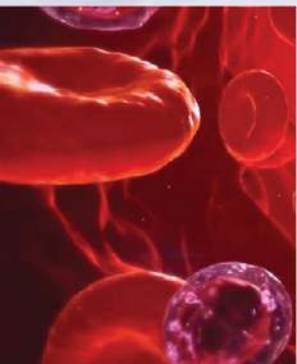
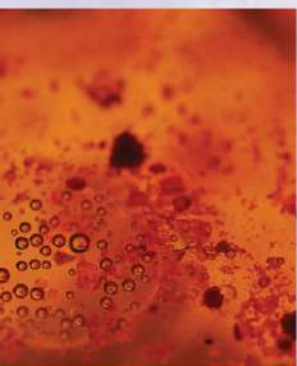
R.A. Logan & E.R. Siegel
2020



El libro se imprimió en el auge de la pandemia de COVID-19 cuando los autores notaron que mejorar la alfabetización en salud es cada vez más importante.

En el contenido se hace un esfuerzo por ampliar la comprensión de las conexiones multidisciplinares que sustentan el campo de la alfabetización en salud. En el texto hay un equilibrio entre la investigación y las prácticas contemporáneas de alfabetización en salud en un curso basado en evidencia, reflexivo, efectivo, eficiente y aplicado.

Ciclo de Videoconferencias CONBIOÉTICA 2022



18 de julio

Competencias éticas de los investigadores
Luis Felipe Abreu Hernández

25 de julio

El arte en la educación en Bioética
Jan Helge Solbakk

1 de agosto

Cuidados paliativos, el contexto social, cultural y espiritual del paciente
Luz A. Templos Esteban

8 de agosto

Legalización de las drogas, recreación, desarrollo de la personalidad y criminalidad / Agustín Herrera Fragoso

15 de agosto

Violencia ginecobstétrica
Raffaella Schiavon Ermani

22 de agosto

Donación de órganos y xenotrasplantes
Ixchel Itza Patiño González

29 de agosto

Sentencias internacionales sobre la reproducción asistida
Mariana Dobernic Gago

5 de septiembre

Bioética como parte del desarrollo académico en medicina
Irene Durante Montiel

12 de septiembre

Convergencia entre DDHH y Bioética
María Fernanda Téllez Girón García

19 de septiembre

Retos éticos para la revisión de protocolos en tiempos de emergencias sanitarias / Enrique Mendoza Carrera

10 de octubre

Disposiciones en materia de salud sobre internamiento y adicciones. Bioética y autonomía / Rosa María Osiris Pazaran Galicia

17 de octubre

Ética de la enfermería psiquiátrica
Temis Candy Vargas Bautista



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



gob.mx/salud/conbioetica



Congreso Internacional de Bioética

Septiembre 29 - 30

Ciudad de México 2022

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

INVITA A PARTICIPAR

CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA 2022

Con ciencia, con salud, con humanismo, con bioética

Alcanzar una integración transdisciplinaria, en donde la bioética sea el espacio privilegiado de reflexión y diálogo, ante la convergencia de posturas disímbricas sobre temas fundamentales, es el propósito del Congreso internacional de bioética 2022, lo anterior con la perspectiva de contribuir al bienestar social, así como a la preservación de la vida y del entorno

29 y 30 de septiembre de 2022

Palacio de la Escuela de Medicina

Ciudad de México

ACTIVIDADES

Paneles temáticos

Presentaciones orales

Exposición de carteles

ÁREAS TEMÁTICAS*

- Bioética clínica
- Bioética y COVID-19
- Bioética y sociedad
- Diversidad e interculturalidad
- Ecoética y zooética

- Educación en bioética
- Enfermería
- Ética de la investigación
- Ética en la salud pública
- Integridad científica

- Legislación, derecho y políticas públicas
- Neuroética
- Feminismo y perspectiva de género
- Tecnologías emergentes
- Big data

* Enunciativas no limitativas

Evento y actividades sin costo

Registro de asistentes: <https://bit.ly/3OrdqSw>

Convocatoria para presentación de resúmenes: <https://cutt.ly/TKwF2wD>

Contacto CONBIOÉTICA: congreso.conbioetica2022@gmail.com



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



30 ANIVERSARIO
1992 2022



gob.mx/salud/conbioetica