



Conocimiento de las implicancias éticas de las medidas de salud pública por parte de los tomadores de decisión del Ministerio de Salud Pública de Uruguay

Knowledge of the Ethical Implications on Public of the Health Measures taken by Decision-Makers at the Uruguayan Ministry of Health



Autor

Delia M. Sánchez

Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay
E-mail: dibarsan@adinet.com.uy



Resúmen

Se realizó una encuesta a tomadores de decisión de áreas clave del Ministerio de Salud Pública del Uruguay para saber si identificaban los dilemas éticos presentes en la literatura sobre ética de la salud pública, si tenían formación o conocimiento en ética de la salud pública y qué mecanismos utilizaban para la toma de decisiones.

Se mostró que todos eran capaces de reconocer los principales dilemas éticos de sus áreas de responsabilidad, a pesar de no contar con formación en bioética y no conocer en su mayoría a los autores del campo. Se constató también que la mayoría se percibían como técnicos, no como políticos, y que los criterios predominantes para la toma de decisiones se basaban en análisis de riesgo-beneficio. La preocupación por la equidad en el acceso a prestaciones de salud apareció en todos los entrevistados.

Abstract

This paper endeavors to provide an explanation of health and the make-up of healthcare through distributive justice theories and access to the development of capabilities as the basis of a just healthcare structure. It also looks at matters around first level attention in healthcare as fundamental in the development of capabilities and access to functional diversity. It amounts, therefore, to a redefinition of bioethical contractualism, applied at the structure as basis of justice and the capability development.

Key words

Bioética; ética de la salud pública; toma de decisiones.

Bioethics; public health ethics; decision-making.

Fechas

Recibido: 18/12/2017. Aceptado: 20/03/2018



1. Introducción

El área de la salud pública es muy amplia, abarcando “lo que nosotros, como sociedad, hacemos colectivamente para asegurar las condiciones para que las personas sean sanas” (IOM, 1988). En este trabajo nos concentramos en las actividades más clásicas de la salud pública; aquellas vinculadas a la vigilancia sanitaria, salud en las fronteras y desarrollo de programas de promoción y prevención, dejando de lado lo atinente al campo de la rectoría y organización de los sistemas y servicios de salud.

La tradición de salud pública latinoamericana y de la medicina social en general, con su énfasis en la justicia y la solidaridad, plantea a la bioética el desafío de la introducción de estas perspectivas

Las intervenciones clásicas de la salud pública han sido objeto de crítica por autores como Michel Foucault (1977) debido a su consecuente control de los individuos o, en palabras de Barrán (1992), su “domesticación” de la población, fenómeno que según este autor se dio en Uruguay a fines del siglo XIX y comienzos del XX. La tensión existente entre libertad individual y bienestar colectivo es objeto de análisis por numerosos autores, especialmente europeos y anglosajones. Sin embargo, a comienzos del siglo XXI, en Uruguay nos encontramos en una situación de aceptación de las intervenciones de salud pública como fenómenos naturales y en los cuales el Estado puede intervenir sobre la vida de los individuos en forma prácticamente incuestionable.

Por otra parte, la tradición de salud pública latinoamericana y de la medicina social en general, con su énfasis en la justicia y la solidaridad, plantea a la bioética el desafío de la introducción de estas perspectivas.

¿Son conscientes los tomadores de decisión en salud pública de los problemas éticos que plantean sus decisiones? ¿Sus principales preocupaciones se vinculan a la libertad de los individuos o a las de justicia en la distribución de servicios? ¿Qué elementos toman en consideración al momento de tomar decisiones en sus áreas de competencia?

La hipótesis de este trabajo fue que quienes toman decisiones en materia de intervenciones de salud pública en Uruguay, tienen poca información sobre las consecuencias éticas derivadas del carácter universal y obligatorio de las mismas debido a la falta de discusión pública del tema y a la falta de educación formal en bioética del personal de salud.

2. Bioética de la salud pública. Criterios para la toma de decisiones

Dentro de una disciplina de inicio reciente, como la bioética, el campo de la ética y la salud pública (o ética de la salud pública) es aún más nuevo y por lo tanto su conocimiento es más limitado.

Acontecimientos de nivel global, como la aprobación en 2005 de una nueva versión del Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005), o las epidemias de influenza N1H1 y más recientemente la del virus Zika, muestran la actualidad y pertinencia de profundizar en el análisis ético de las intervenciones de salud pública.



La bioética se incluyó en el currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República en el año 2009, por lo cual quienes ejercen hoy, tanto la medicina clínica como la especialidad de salud pública, y quienes ejercen cargos jerárquicos en la estructura sanitaria nacional, no han tenido formación en la disciplina.

En un país con una larga tradición de estado benefactor como el uruguayo (OMS, 2008; Moreira, 2003), las medidas orientadas a la salud pública son aceptadas con mínimo o ningún cuestionamiento. La Ley Orgánica de Salud Pública (Ley N° 9.202)¹ data del año 1934 y le otorga al Estado, representado por el Ministerio de Salud Pública, el rol de policía sanitaria. Los amplios alcances de esta potestad no son objeto de discusión ni

La primera pregunta que se nos plantea es si el campo de la salud pública presenta peculiaridades tales que hagan inaplicable en él los instrumentos de análisis de casos y toma de decisiones que utilizamos en otras áreas

a nivel político ni de la población, por lo cual puede ser más difícil para los tomadores de decisión en materia de salud pública identificar su práctica como conflictiva desde el punto de vista ético.

A partir de esta constatación la primera pregunta que se nos plantea es si el campo de la salud pública presenta peculiaridades tales que hagan inaplicable en él los instrumentos de análisis de casos y toma de decisiones que utilizamos en otras áreas.

La bibliografía existente sobre ética y toma de decisiones es más abundante en el campo de la ética empresarial. Si bien la mayoría es de origen anglosajón, existen autores hispanohablantes como Adela Cortina (1995, 1996) que le han dedicado numerosos escritos. Para ella, en el ámbito de la empresa la toma de decisiones consciente implica cinco pasos: articular, educar,

escuchar, reflexionar y revisar los valores que guían la toma de decisiones (Cortina, 1997). Estas actitudes parecen aplicables también en el campo de la salud, especialmente la salud pública, por su carácter colectivo.

En el caso de la ética clínica, se han desarrollado diversos algoritmos para orientar la toma de decisiones, pero la literatura que aporta marcos conceptuales sobre la ética de la salud pública y por lo tanto sobre criterios para la toma de decisiones en este campo es notoriamente más escasa.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha producido una serie de textos que buscan apoyar la práctica de la salud pública desde el punto de vista ético. Así identifica “preocupaciones”: la relación entre libertad individual y preocupaciones sociales más amplias en primer lugar. Luego aparecen la equidad, solidaridad, justicia social, reciprocidad y confianza (OMS, 2015). Se trata de un listado que mezcla problemas éticos con principios para su resolución.

En sus guías éticas para la vigilancia en salud pública, la OMS (2017) identifica 17 guías que los Estados deben seguir para conducir las actividades de vigilancia de salud pública en forma ética. Estas guías, sumadas a las de Manejo Ético de los Brotes de Enfermedades Infecciosas (OMS, 2016) y el Manual de Entrenamiento de Ética en Situaciones de

¹ Ley Orgánica de Salud Pública. Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934. [Acceso 20/7/2013]. Disponible en línea en: <http://msp.gub.uy/normas/19202.html>



Emergencias, Epidemias y Desastres (OMS, 2015), constituyen un cuerpo que pretende apoyar en la resolución ética de distintas situaciones conflictivas que enfrentan los tomadores de decisión en salud pública, sin profundizar en la discusión de los distintos marcos teóricos posibles.

Ante la probabilidad de conflicto entre distintas consideraciones morales, se sugiere considerar los siguientes criterios: efectividad, proporcionalidad, necesidad, menor intrusión y justificación pública

Ninguno de estos documentos se encuentra disponible en español. De todos modos, dado que su publicación es posterior al momento de realización de este estudio, pareció pertinente reseñar en detalle aquellos recursos a los que los entrevistados sí podían haber recurrido.

Coughlin (2006) señaló que el razonamiento moral en salud pública responde igual que en otras áreas de la bioética, sea a teorías deontológicas, sea a teorías utilitaristas. Para Faden y Shebayan (2010) en cambio, no hay duda de que la salud pública utiliza criterios consecuencialistas.

Roberts y Reich (2002) afirmaron que no existía un marco de análisis para los dilemas de la ética de la salud pública comparable al existente para la ética clínica y de la investigación. En el intento de proponer uno, plantean las diferencias entre tres posiciones filosóficas (utilitarismo, liberalismo y comunitarismo) y las teorías éticas derivadas de ellos: consecuencialismo, liberalismo, sea libertario o igualitario, y ética de las virtudes, en sus vertientes relativistas y universalistas. El modelo teórico que proponen los autores no queda sin embargo claramente definido, aunque sí lo es su afirmación de la necesidad de comprender las distintas alternativas de argumentos éticos para poder avanzar en el proceso de toma de decisiones.

En el mismo año, Childress y cols. (2002) definen a la salud pública como aquella involucrada en la salud de poblaciones, no de individuos, y que busca conocer las causas de la mala salud de una población. Afirman que esta definición plantea problemas, al no existir consenso sobre la forma de medir quién es el público y si cada individuo dentro de una población se mide con igual criterio que los demás. Señalan que el poder de "policía sanitaria" de la salud pública plantea dudas respecto a la justificación y límites de la coerción estatal. En palabras de los propios autores, "la ética en salud pública en parte involucra esfuerzos continuados para especificar y ponderar consideraciones morales generales en el contexto de políticas, prácticas y acciones particulares, para brindar una guía moral concreta". Ante la probabilidad de conflicto entre distintas consideraciones morales, sugieren considerar los siguientes criterios: efectividad, proporcionalidad, necesidad, menor intrusión (*infringement*) y justificación pública.

Nancy Kass (2001) propuso un marco de análisis ético para la salud pública, incluyendo: 1) ¿cuáles son las metas del programa de salud pública propuesto?, 2) ¿cuánto de efectivo es el programa para alcanzar las metas indicadas?, 3) ¿cuáles son las cargas conocidas o potenciales del programa?, 4) ¿pueden minimizarse estas cargas?, 5) ¿Existen abordajes alternativos?, 6) ¿se implementa el programa en forma justa?, 7) ¿cómo pueden equilibrarse las cargas y los beneficios de un programa? Su trabajo llega a la interesante conclusión que la política pública se basa en muchos factores además



de las metas de salud pública y el razonamiento ético, por lo que la utilización de un marco como el propuesto puede llevar a la opción más aceptable desde el punto de vista ético, aunque quizás no sea la preferible políticamente. Esta posibilidad no debería, según la autora, eximirnos del análisis ético de una propuesta en el área de la salud pública.

Es posible una adaptación del principio de responsabilidad en una ética de “protección” que parta del reconocimiento de las inequidades y desigualdades existentes

En nuestra región Schramm y Kottow (2001) analizaron la pertinencia de la aplicación del modelo principialista a los problemas de salud pública, concluyendo su inaplicabilidad. Discuten también la pertinencia de la utilización del principio de solidaridad y de responsabilidad, concluyendo que es posible una adaptación del principio de responsabilidad en una ética de “protección” que parta del reconocimiento de las inequidades y desigualdades existentes.

Una visión no del todo alejada de la anterior es presentada por Nixon y Forman (2008), quienes afirman que la asociación entre derechos humanos y la ética en salud pública permite justificar las intervenciones en forma más sólida de lo que sería posible aplicando uno de los dos dominios por separado, especialmente al tomar en cuenta las necesidades de las poblaciones más pobres del planeta. Para los autores, los derechos humanos refuerzan a la ética de la salud pública en los siguientes campos: 1) contribuyendo a las definiciones de derecho a la salud y a la noción de indivisibilidad de los derechos, 2) enfatizando la obligación de los Estados de mejorar gradualmente la salud de los ciudadanos, 3) reconociendo la protección de los derechos humanos como un determinante de la salud y 4) reorientando los esfuerzos sobre salud y enfermedad entre las personas y poblaciones marginalizadas.

El Nuffield Council on Bioethics (2007) publicó *Public health: ethical issues*, donde analiza diversas posturas filosóficas y éticas y se inclina por una ética de la protección por parte de lo que llama el “Estado rector”. Propone que cuanto más intrusiva sea una medida de salud pública, más fuerte deberá ser su justificación, planteando una especie de “escalera de intervención”. Esta escalera de intervención tiene ocho pasos, que van desde no hacer nada y monitorear la situación, hasta eliminar la posibilidad de elección por parte de los ciudadanos.

Marieke ten Have y cols. (2010) analizaron los marcos teóricos en ética de la salud pública publicados en inglés desde el año 1995. Identificaron los ya citados de Hass, Childress y el Nuffield Council of Bioethics, además de los de la Public Health Leadership Society, Europhen y Tannahill. Según estos autores, el modelo de la Public Health Leadership Society se presenta como una serie de principios, pero no como un instrumento para la toma de decisiones en una situación de conflicto de principios. El modelo de Europhen, al ser necesariamente compatible con las distintas idiosincrasias y legislaciones europeas, no contiene un conjunto de valores ni una herramienta para la toma de decisiones. El modelo de Tannahill en cambio, consiste en un “triángulo para la toma de decisiones” que tiene en el vértice superior 10 principios éticos, y en los otros dos vértices la evidencia y la teoría. Los 10 principios son: 1) hacer el bien, 2) no hacer



daño, 3) equidad, 4) respeto, 5) empoderamiento, 6) sustentabilidad, 7) responsabilidad social, 8) participación, 9) apertura y 10) rendición de cuentas (*accountability*).

Un criterio para la fundamentación de las decisiones en salud pública que se ha utilizado en ausencia de una valoración firme de los resultados posibles, recurre al principio de precaución como parte integral del principio de protección

Los distintos marcos teóricos reseñados (probablemente con la excepción del de Tannahill) tienden más a la justificación que a la fundamentación de las decisiones en salud pública. Es interesante comprobar que aún los modelos que se presentan como deontológicos, proponen realmente la valoración de los resultados esperados, lo que parece dar la razón a la afirmación de Faden y Shebaya señalada previamente. Un criterio para la fundamentación de las decisiones en salud pública que se ha utilizado en ausencia de una valoración firme de los resultados posibles, recurre al principio de precaución como parte integral del principio de protección.

Weed (2004) analizó la utilidad y el posible impacto de la utilización del principio de protección en salud pública, señalando que las definiciones del mismo se basan en la creencia de que no siempre es posible esperar a contar con certeza científica para evitar un perjuicio al público, lo que podría llevar a toma de decisiones apresuradas. El autor señala que se debe fortalecer el uso de la metodología científica en la toma de decisiones de salud pública, lo que les daría al mismo tiempo mayor sustento ético. Charlton (1993), siendo él mismo un salubrista, ya había advertido sobre el peligro de las decisiones en materia de salud pública, cuando las mismas se toman sin suficiente evidencia científica de su eficacia e impacto.

3. Principales conflictos éticos en la toma de decisión en salud pública

En 2002, la Universidad de Toronto convocó un simposio sobre ética y salud Pública, con el objetivo de definir un programa de investigación. Este simposio se realizó en torno a cuatro ejes temáticos que en ese momento se identificaron como las principales áreas-problema para la disciplina: a) derechos individuales y bien común; b) riesgos y precaución; c) vigilancia y reglamentación y d) justicia social y equidad en salud global. Las presentaciones del simposio fueron reunidas en un volumen especial de *Acta Bioethica*, lo que le dio mayor difusión en los países de lengua hispana y portuguesa (Thompson y cols., 2003).

La reacción a esta publicación no fue homogéneamente favorable. Tealdi (2007) la rechazó partiendo de la base de que el surgimiento de la bioética en los Estados Unidos de América, en el contexto de un sistema de salud particular, sesgó la relación entre bioética y salud pública, que se entiende además de forma diferente desde el ámbito académico que desde el político.

Stephen Coughlin (2006) utiliza un método "retrospectivo" para la identificación de las áreas-problema a partir de aquellos que han sido tomados en la distinta normativa ética internacional. Los divide en los vinculados a investigación en salud pública y los concernientes a la práctica de la salud pública en sí.



En la práctica de la salud pública, que es el objeto de este trabajo, los problemas identificados son relacionados a la diferenciación entre vigilancia epidemiológica, organización de la respuesta a emergencias y evaluación de programas y a la forma en que cada una de estas actividades se vincula con las normas éticas aplicables a la investigación en general.

Existe una diversidad de marcos teóricos explicativos y justificativos de la actividad de la salud pública, que se basan tanto en teorías morales deontológicas como consecuencialistas

Respecto a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, Coughlin jerarquiza los problemas éticos de las técnicas y las políticas de tamizaje (*screening*), especialmente en lo relativo a la privacidad y confidencialidad de la información de salud de los individuos y la diseminación de información a través de internet. Otros autores han señalado el riesgo de estigmatización de las personas cuyos hábitos de vida son considerados “no saludables” en el ámbito de las campañas de promoción de la salud.

Una publicación de Consejo Nórdico de Ministros (Norden, 2011) sobre problemas éticos en salud pública los divide en tres conjuntos: el primero trata de la relación entre libertad y salud pública; el segundo conjunto se relaciona con la relación entre responsabilidad individual y estilos de vida; y el tercero trata de los problemas de igualdad social y justicia.

En suma, existe una diversidad de marcos teóricos explicativos y justificativos de la actividad de la salud pública, que se basan tanto en teorías morales deontológicas como consecuencialistas y se han identificado actividades de la práctica de la salud pública que generan conflicto entre principios y valores, especialmente en lo referente a la libertad individual, el respeto a los valores y prácticas comunitarias y la justicia en la distribución de recursos.

4. Las políticas de salud pública como políticas públicas

Walt (1994) definió las políticas de salud diciendo que “La política de salud incluye cursos de acción que afectan al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y arreglos financieros del sistema de atención de salud. Sin embargo, va más allá de los SS e incluye acciones reales o planeadas, de organizaciones públicas, privadas o voluntarias, que tienen impacto sobre la salud”.

Es una definición muy amplia, que jerarquiza las acciones vinculadas a las políticas relacionadas a los sistemas y servicios de salud sobre las clásicas de la salud pública (vigilancia epidemiológica, formulación e implementación de programas a nivel de poblaciones). Por otro lado, al incluir en la definición todo aquello “que tiene impacto sobre la salud”, se acerca al concepto de “políticas públicas saludables” acuñado por los autores canadienses y plasmada en la Declaración de Adelaide de 1988 (OMS, 1988).

Considerando que una parte importante de la reflexión bioética sobre la salud pública parte del carácter de obligatoriedad de sus medidas, el concepto de política pública en



Son muchos los actores sociales que intervienen en la formulación y desarrollo de las políticas de salud. Lo que caracteriza al Estado es que ostenta el monopolio del uso de la fuerza para hacer cumplir sus decisiones

sí cobra especial relevancia. Existen muchas definiciones sobre política pública, entre ellas señalamos dos: una de las más clásicas, acuñada por Peters (1982), las define como “El conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos”. A su vez, Meny y Thoenig (1992) prefieren definir las como “Los actos y los ‘no actos comprometidos’ de una autoridad pública frente a un problema o en un sector relevante de su competencia”. En ambos casos se centra la definición en el rol del Estado, sea por acción u omisión, por sí mismo o a través de terceros.

Si bien tal como lo plantea Walt, son muchos los actores sociales que intervienen en la formulación y desarrollo de las políticas de salud, lo que caracteriza al Estado frente a los otros actores sociales es que el primero ostenta el monopolio del uso de la fuerza para hacer cumplir sus decisiones.

En función de esta característica, distintos autores han intentado comprender cuál es el proceso de toma de decisiones de las personas que por motivos políticos o técnicos ostentan este poder. Se han desarrollado tipologías, como la de Lowi (1964), basada en el ejercicio de la coerción por el Estado y se ha descrito el ciclo de las políticas como una secuencia lógica que va de la identificación del problema, al diseño, implementación y evaluación de la política (Jones, 1977).

Dada la estrecha vinculación entre las políticas de salud y el conocimiento científico, se ha intentado comprender la relación entre la producción de conocimiento y desarrollo de políticas. Weiss (1986) describió esta relación en seis modelos, que agrupa en tres categorías: a) modelos que enfatizan los contenidos de la investigación, b) modelos que enfatizan el uso estratégico de la investigación y c) modelos que enfatizan la ubicación de decisiones a nivel de otros procesos sociales.

Bronfman y col. (2000), analizando el comportamiento de tomadores de decisión en cuatro programas verticales de salud pública en México, señalaron que estos no se ven a sí mismos como “formuladores de política”, sino como “administradores navegando entre influencias diversas y en situaciones coyunturales”. Si esta percepción fuera extendida en otros sectores y países, los modelos más rígidos para el análisis de la toma de decisiones deberían cuestionarse, porque parten de una premisa diferente. Esta salvedad también se aplica a los algoritmos sugeridos para la consideración ética de la toma de decisiones en política de salud.

5. Metodología

Se realizó un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (KAP, por su sigla en inglés) de los tomadores de decisión en las áreas de Vigilancia Sanitaria, Salud de las Fronteras, Programas de VIH/SIDA, Tuberculosis y Defectos Congénitos y Enfermedades



des raras, así como de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública, de quien estas dependen.

Una encuesta KAP busca conocer lo que un grupo específico de población (en este caso, tomadores de decisión en salud pública), saben, creen y hacen sobre un tema determinado. La información se recoge mediante entrevista con un cuestionario estructurado, que se puede analizar tanto cuantitativa como cualitativamente, según las variables elegidas.

Se trata de un estudio descriptivo, de carácter exploratorio, de corte transversal, cuali-cuantitativo. Todas las entrevistas se realizaron entre octubre de 2012 y febrero de 2013.

El objetivo general fue conocer el grado de conocimiento e importancia asignada a las consecuencias éticas de las decisiones en salud pública por los tomadores de decisión del Ministerio de Salud Pública del Uruguay.

6. Población estudiada, tipo de muestra e instrumento utilizado

El objetivo general fue conocer el grado de conocimiento e importancia asignada a las consecuencias éticas de las decisiones en salud pública por los tomadores de decisión del Ministerio de Salud Pública del Uruguay

La población de estudio consistió en una muestra no probabilística de los tomadores de decisión en el área de la salud pública. Se identificó a los responsables políticos y técnicos (en caso de ser distintos) de cada una de las áreas seleccionadas y se les realizó una encuesta utilizando un formulario semiestructurado, que fue pretestado con el responsable de un área no incluida en el estudio. No se planteó la inclusión de un grupo control. La muestra original incluía el área de Control de Tabaco, pero al no lograrse concretar una entrevista durante el periodo de recolección de datos, se substituyó por el Programa de Defectos congénitos y enfermedades raras. La unidad de análisis está constituida por cada individuo encuestado.

7. Variables

Variables dependientes:

- a. Conocimiento de las implicancias éticas de su práctica profesional.
- b. Conocimiento de la literatura relativa al tema.
- c. Y capacidad de tomar decisiones en función de la utilización de criterios éticos reconocidos.

Como variables independientes se consideraron la profesión del entrevistado, su especialidad, edad, sexo, tipo de responsabilidad (política o técnica), área de trabajo y tiempo en el ejercicio del cargo. El tipo y definición operativa de cada variable se aprecia en la tabla N° 1.



Tabla 1. Nombre, tipo y definición operativa de las variables		
Variables		
Nombre	Tipo	Definición operativa
Conocimiento de las implicancias éticas de la práctica profesional	Cualitativa. Dicotómica	Nombra al menos 3 de los problemas éticos relativos a su área de trabajo que aparecen en la literatura
Conocimiento de la literatura relativa al tema	Cualitativa. Dicotómica	Recuerda y nombra al menos dos publicaciones o autores que tratan sobre el tema
Capacidad de tomar decisiones en función de criterios éticos reconocidos	Cualitativa. Dicotómica	Identifica y nombra conjuntos de valores y principios o algoritmos de toma de decisión ética que has utilizado para la toma de decisiones
Profesión	Cualitativa. Ordinal	Título de grado universitario o terciario no universitario. En caso de contar con más de uno, el más relevante para el cargo según el entrevistado
Especialidad	Cualitativa. Ordinal	Título de postgraduación, maestría o doctorado. En caso de contar con más de uno, el más relevante para el cargo según el entrevistado
Otras especialidades	Cualitativa. Ordinal	Título de postgraduación, maestría o doctorado distinto del más relevante para el cargo, según el entrevistado
Edad	Cuantitativa. Discreta	Número de años cumplidos en el momento de la entrevista
Sexo	Cualitativa. Dicotómica	Masculino o femenino, según apariencia física externa
Tipo de responsabilidad	Cualitativa. Dicotómica	Política o técnica, según aquella que el entrevistado identifique como más importante en su cargo
Área de trabajo	Cualitativa. Ordinal	Nombre oficial del departamento o división del Ministerio de Salud Pública en el que ejerce el cargo por el que es entrevistado
Años en el ejercicio del cargo	Cuantitativa. Discreta	Tiempo transcurrido (en meses completos) desde que asumió el cargo por el cual es entrevistado

La información recogida de las entrevistas se volcó en formato electrónico. Se codificaron previamente las variables cualitativas ordinales. A las cuantitativas discretas se les asignó un código según rangos predeterminados de los valores posibles. Se procesó la información utilizando el programa estadístico SPSS.



Debido al carácter exploratorio del estudio y a las características de la muestra de conveniencia estudiada, no se pretendió obtener resultados que sean estadísticamente significativos.

8. Consideraciones éticas de la realización del estudio

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de ética de la investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Uruguay), el 7 de noviembre de 2012. Todos los entrevistados firmaron un consentimiento informado.

9. Resultados

9.1 . Características de los entrevistados

Existen dudas respecto a la veracidad de los informes que se presentan al ingreso de naves a los países, así como en los informes de los países a la OMS, aunque todo el sistema está basado en el supuesto de veracidad

Se trata de cuatro mujeres y dos hombres, con una edad promedio de 54,5 años (rango entre 46 y 66 años, con una mediana de 53), cinco de los cuales son médicos y uno ingeniero químico. Si bien todos menos uno son directores de departamentos o programas, solamente una persona, de rango jerárquico elevado entre las autoridades del Ministerio de Salud, identificó su cargo como de naturaleza política. Cuatro lo identificaron como técnico y uno como técnico-político, aunque esta categoría no se ofrecía *a priori* en el cuestionario.

Los años en el desempeño del cargo que actualmente ostentan variaron entre 1 y 17, con un promedio de 5,6 y una mediana de 3,5 años. Es de señalar que al menos en cuatro de los casos, se trataba de personas con muchos más años de trabajo en el

Ministerio de Salud Pública.

Las especialidades de los entrevistados fueron epidemiología, parasitología, neumología, medicina interna, genética y medicina molecular y control de procesos productivos de productos para la salud.

Las entrevistas se realizaron entre noviembre de 2012 y enero de 2013.

9.2. Conocimiento de las implicancias éticas de la práctica profesional

Todos los entrevistados identificaron problemas éticos en sus áreas de trabajo, incluyendo:

- a. Coexistencia de riesgos y beneficios en todas las posibles decisiones.
- b. Respeto a la autonomía en prestaciones obligatorias como la vacunación, aislamiento y cuarentena.



- c. Dificultad de brindar información completa para la toma de decisión informada por los ciudadanos.
- d. Acceso a información personal confidencial y la dificultad de asegurar el anonimato de los datos.
- e. Acceso equitativo a las prestaciones diagnósticas y terapéuticas.
- f. Ponderación entre beneficio individual y distribución social del gasto en salud.
- g. Posible conflicto de interés al aplicar el principio de precaución, entre la protección de la salud de los individuos y los posibles perjuicios económicos para el país, por ej. en la producción de medicamentos.
- h. Posibilidad de discriminación y estigmatización como consecuencia de los programas de tamizaje obligatorios.
- i. Con respecto a la aplicación del RSI, se plantea que existen dudas respecto a la veracidad de los informes que se presentan al ingreso de naves a los países, así como en los informes de los países a la OMS, aunque todo el sistema está basado en el supuesto de veracidad.

9.3. Conocimiento de la literatura relativa al tema

Solo uno de los entrevistados dijo no haber leído nunca material específico de bioética. De los restantes, sin embargo, solo uno pudo nombrar al menos dos publicaciones o autores que traten sobre el tema de ética y salud pública o ética en su área de trabajo específica. Esto parecería contrastar con el conocimiento del tema que todos demostraron, incluyendo a quien indicó no haber leído sobre bioética.

9.4. Capacidad de tomar decisiones en función de criterios éticos reconocidos

El criterio más frecuentemente nombrado fue el de la búsqueda de la equidad en el acceso a las prestaciones de salud

Se definió esta variable como “Identifica y nombra conjuntos de valores y principios o algoritmos de toma de decisión ética que has utilizado para la toma de decisiones”.

Cinco de los seis entrevistados mencionaron valores y principios éticos en la toma de decisiones en sus áreas respectivas, mientras que uno señaló el uso estricto de algoritmos y criterios médicos solamente. Ninguno de los entrevistados mencionó el uso de algoritmos de análisis ético de las decisiones del tipo de las que se han comentado antes.

El criterio más frecuentemente nombrado (por tres de los entrevistados) fue el de la búsqueda de la equidad en el acceso a las prestaciones de salud. Solo uno de estos entrevistados explicitó cómo lo operacionaliza: mediante análisis de riesgo-beneficio.

Los otros criterios identificados fueron la primacía del respeto de la vida humana, la beneficencia como primer principio, el derecho a la información veraz y completa y el respeto a la confidencialidad e intimidad de las personas.

Es de señalar que la persona que identificó su cargo como político fue quien precisó con mayor detalle los criterios técnicos que utiliza para la toma de decisiones y su justificación ética.



No fue posible identificar ninguna relación entre los conocimientos y actitudes de los participantes y las características personales contempladas en este estudio.

10. Discusión

No se comprobó la hipótesis planteada de que “quienes toman decisiones en materia de intervenciones de salud pública en Uruguay tienen poca información sobre las consecuencias éticas derivadas del carácter universal y obligatorio de las mismas debido a la falta de discusión pública del tema y a la falta de educación formal en Bioética del personal de salud”. Todos los entrevistados conocían las implicancias éticas de sus decisiones, a pesar de la falta de educación formal en bioética y la aparentemente escasa discusión social de la temática.

Todos los entrevistados conocían las implicancias éticas de sus decisiones, a pesar de la falta de educación formal en bioética y la aparentemente escasa discusión social de la temática

La distribución por sexo de la población estudiada refleja la realidad en cuanto a la participación femenina en el campo de la salud en general y de la salud pública en particular. La alta presencia de mujeres en cargos de dirección no es la característica de la sociedad uruguaya en general, ni siquiera del sector salud en particular. Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo (1998), en los años 1994-1995, un 28% de mujeres ocupaban puestos administrativos y de dirección en Uruguay. Sin embargo, es un rasgo corriente a nivel del Ministerio de Salud Pública uruguayo.

La edad promedio de los entrevistados (54,5 años), con una mediana de 53 años, refleja la realidad demográfica uruguaya y la escasa presencia de personas jóvenes en cargos directivos, tanto a nivel público como privado. La edad mediana estimada para toda la población uruguaya en el año 2014 es de 33,9 años (INE, 2008).

A pesar de haber intentado por diseño de la investigación separar lo que se considera “áreas clásicas de la salud pública” de la de servicios de salud, muchas de las respuestas de los entrevistados volvieron irremediablemente a preocupaciones relativas a la equidad en los servicios de atención de la salud. Esto plantea la pregunta sobre si esta división, presente en la literatura bioética, es realista o se trata de un artificio teórico alejado de la práctica de la salud pública, aunque probablemente útil para la categorización de los problemas que surgen en esta disciplina.

Uruguay implementó (2007-2008) una importante reforma de su sistema de salud, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que amplió la cobertura de salud de la Seguridad Social a grupos poblacionales que no lo tenían, creó el Seguro Nacional de Salud para financiar el sistema, introdujo la coparticipación de trabajadores y usuarios en la conducción del sistema y fragmentó las instancias de rectoría con la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), la Dirección del Sistema Nacional Integrado de Salud (DIGESNIS) y la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). En la nueva estructura, la mayoría de las competencias remanentes en la Dirección General de Salud corresponden a las áreas clásicas de la salud pública



El conocimiento sobre bioética en general y la reflexión sobre su impacto en la propia área de trabajo fueron independientes del conocimiento de textos especializados en el tema

tradicional, por lo que en principio entendimos que los entrevistados iban a concentrarse en los problemas éticos de esta, pero salvo en el caso de Salud de Fronteras, que tiene competencias muy específicas, el tema de equidad en el acceso a las prestaciones de salud apareció siempre jerarquizado por los entrevistados.

Un hallazgo relevante de esta investigación fue que el conocimiento sobre bioética en general y la reflexión sobre su impacto en la propia área de trabajo fueron independientes del conocimiento de textos especializados en el tema. Esto plantea la pregunta sobre cuál es la forma de diseminación del conocimiento en la sociedad y cuál es la función de la docencia en bioética a nivel universitario.

Haciendo una extrapolación de los modelos de transferencia de la investigación científica a las políticas, que planteaba Weiss, podemos decir que aparentemente nos encontramos ante el modelo de Ilustración, que corresponde a la categoría que enfatiza la ubicación de decisiones en otros procesos sociales. En el modelo de "Ilustración" existen ideas que surgen de la investigación (en nuestro caso, también de la reflexión), que se presentan como teorías y conceptos, que se difunden a través de los medios de comunicación, la literatura especializada y los contactos interpersonales. De esta forma estas ideas permean la sociedad, sensibilizándola, permitiendo redefinir agendas, modificar los límites de lo "permisible" o lo que se considera verdadero o justo.

A pesar de no tener formación en bioética, los entrevistados manejaban un lenguaje básico de principialismo y lograron identificar espontáneamente la mayoría de los problemas éticos que la literatura señala para sus áreas de trabajo específicas. Esto muestra que los conceptos y el lenguaje de la bioética han pasado a la sociedad y han sido asumidos como propios, al menos por los profesionales de la Salud Pública que entrevistamos para esta investigación. Esto debería ser un incentivo para que los bioeticistas reconozcan el impacto profundo de su trabajo.

Como se señaló en resultados, solamente uno de los entrevistados identificó su cargo como político. Esto coincide con lo planteado por Bronfman y cols. Al percibir su función como técnica, los entrevistados tendieron a utilizar también criterios técnicos para resolver los conflictos éticos que se les plantean. Si bien asignaron gran relevancia a los principios de beneficencia y autonomía y a normas como el respeto de la confidencialidad, en el momento de la toma de decisiones se señalaron fundamentalmente dos criterios: el análisis riesgo-beneficio a nivel de la sociedad en su conjunto y la búsqueda de la equidad, entendida como un acceso a las prestaciones de salud en el que no pesen las condiciones socioeconómicas de los usuarios de los servicios de salud. Quien definió su cargo como político refirió también utilizar una lógica técnica, introduciendo el concepto de costo-beneficio para la sociedad.



11. Conclusión

Si bien este es un trabajo exploratorio, con una muestra muy pequeña que no permite extrapolar sus conclusiones al conjunto de los tomadores de decisión en salud pública, se muestra en este caso que aunque los tomadores de decisión se plantean los problemas éticos principales de su actividad, la forma de resolverlos, de acuerdo a su formación y su función, es recurrir a metodologías de toma de decisión que privilegian sistemáticamente el bienestar de la sociedad sobre la circunstancia del individuo, aunque tratando en todos los casos de minimizar el impacto individual. Esta es una decisión consciente, que forma parte del *ethos* de la salud pública y que la diferencia claramente del pensamiento clínico, basado en el individuo.

Bibliografía

- Acta Bioethica. (2003). *Continuación de Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS*, Año IX(2).
- Barrán, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Bronfman, M., Langer, A., y Trostle, J. (Eds.). (2000) *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Charlton, Bruce G. (1993). Public health medicine – a different kind of ethics? (Editorial). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86.
- Childress, J. F. y cols. (2002). Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 169-177.
- Cortina, A. (1996). *El quehacer ético, guía para la educación moral*. Madrid: Aula XXI/Santillana.
- Cortina, A. (1995). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Cortina, A. (1997). Presupuestos éticos del quehacer empresarial. En A. Cortina (dir.), *Rentabilidad de la ética de la empresa*. Madrid: Fundación Argentaria.
- Coughlin Steven, S. (2006). Ethical issues in epidemiologic research and public health practice. *Emerging Themes in Epidemiology*, 3(16). DOI:10.1186/1742-7622-3-16. [Acceso 31/7/2013]. Disponible en línea en: <http://www.ete-online.com/content/3/1/16>
- Faden, R., & Shebaya, S. (2010). Public Health Ethics. In Edward N. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2010 Edition). [Acceso 20/7/2013]. Disponible en línea en: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2010/entries/publichealth-ethics/>
- Foucault, M. (1997). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1).
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores sociodemográficos. [Acceso 10/1/2014]. Disponible en línea en: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/demograficos2008.asp>
- Institutes of Medicine (IOM). (1988). *The Future of Public Health*. Washington DC: The National Academy Press.



Thompson, A., Robertson, A., & Upshur R. (2003). Public health ethics: towards a research agenda. *Acta Bioethica*, año IX(2).

Uruguay. Ley N 9202. Ley Orgánica de Salud Pública. [Acces 20/7/2013]. Disponible en línea en: <http://msp.gub.uy/normas/l9202.html>

Walt, G. (1994). *Health policy: an introduction to Process and Power*. London: Zed books.

Weed, D. L. (2004). Precaution, prevention, and public health ethics. *J Med Philos*, 29(3), 313-332.

Weiss, C. (1986). The Many Meanings of Research Utilization. En M. Bulner (Comp.), *Social Science and Social Policy*. Londres: Allen & Unwin.