

MÓDULO 3

CURSO VIRTUAL



ÉTICA

EN SALUD PÚBLICA
Y EPIDEMIOLOGÍA

Aula Virtual

Instituto Nacional de Salud



Contenido Módulo 3

Ética en salud pública.....	3
Resultado de Aprendizaje:	3
<u>1.</u> Dilemas en la vigilancia en salud pública.....	3
<u>2.</u> Dilemas en las intervenciones.....	8
<u>3.</u> Priorización en salud pública.....	11
Referencias.....	13

Ética en salud pública

Módulo 3

Resultado de Aprendizaje: Comprender metodologías para el abordaje de los dilemas éticos en la implementación de acciones en salud pública.

Unidad 2. Dilemas en salud pública y epidemiología

1. Dilemas en la vigilancia en salud pública

La vigilancia es una intervención en salud pública, que, aunque genera conocimiento, tiene como propósito el control de la enfermedad. En este tópico trataremos algunos dilemas éticos frecuentes en el ejercicio de la vigilancia. Para desarrollar este tópico, vamos a realizar algunas preguntas que nos guiarán en el reconocimiento de los dilemas, en las que aplicaremos el reconocimiento de los principios previamente señalados. Empezaremos por las siguientes:

¿La vigilancia en salud pública requiere emplear el consentimiento informado?

¿Cómo garantizar la confidencialidad de la vigilancia en salud pública?

¿La vigilancia en salud pública requiere de consentimiento informado?



Fuente: FETP Colombia

Identificar que la vigilancia tiene un proceso de recolección de información podría suponer que su objetivo es generar conocimiento y de esta manera, se consideraría que corresponde a una investigación. Sin embargo, al revisar las diferencias encontramos que, si bien genera conocimiento, su propósito primordial es el control de la enfermedad.

El proceso de intervención realizado por la vigilancia en salud pública implica respeto por las personas, lo cual requiere un proceso de información que promueva la colaboración y confianza en el individuo. Estos aspectos deben ser mencionados en las consideraciones éticas. Este proceso de información debe contener:



- 1 Información sobre riesgos para la comunidad.
- 2 Mantenimiento de la confidencialidad
- 3 Objetivo de la información
- 4 Posibilidad de futuras investigaciones
- 5 Proceso de recolección de muestras y su objetivo
- 6 Derecho a conocer el resultado de las muestras de laboratorio y del estudio.
- 7 Acciones a seguir en caso de ser detectado positivo.



Revisemos algunos principios a tener en cuenta:

- **De los universales:** respeto por las personas.
- **De los sustanciales:** privacidad, confidencialidad, confianza.
- **De los procedimentales:** racionalidad.

Continuando con el modelo de Kass, planteemos posibles respuestas a las preguntas que la guía propone:

1 ¿Cuáles son las metas en salud pública del programa o intervención propuestos?

Ejemplo:

- ✓ Disminuir la incidencia de ...
- ✓ Controlar la incidencia de...
- ✓ Disminuir la mortalidad de...

La información que proporciona la vigilancia permite identificar las necesidades en salud pública y establecer mecanismos de acción para cumplir con las metas propuestas.

2 ¿Cuáles son las metas en salud pública del programa o intervención propuestos?

Es importante que sea claro el objetivo del programa o de la intervención y que la metodología responda a los objetivos; así mismo, debe verificarse si es reconocida la efectividad de la estrategia definida. Por ejemplo, en vigilancia en salud pública se establece que para lograr comprender y monitorear el comportamiento de los eventos de interés en salud pública, el proceso de recolección sistemática y continua de la información debe ser riguroso.

3 ¿Cuáles son los riesgos potenciales o conocidos del programa o intervención propuestos?

El mayor riesgo es que se utilice para la coerción, que no se genere la información para el bienestar de la comunidad y de la salud pública, sino que la información individual se filtre y se rompa la confidencialidad, generando desconfianza y estigmatizando a los casos o contactos identificados por la vigilancia.

4 ¿Pueden los riesgos ser minimizados? ¿Hay alternativas?

Con un proceso de respeto por las personas que incluya información, generación de confianza, invitación a participar en la divulgación de la información, con el control de la identificación (garantía de la privacidad).

5 ¿El programa o intervención son implementados con justicia?

Si se vigila abiertamente y no se dirige solamente a ciertos grupos poblacionales.

6 ¿Cómo pueden los riesgos y los beneficios ser balanceados con justicia?

Si la vigilancia es un proceso estándar y no focalizado. Las personas que son notificadas como casos de interés en salud pública pueden recibir un proceso de información. De esta manera pueden percibir que los datos recolectados no le afectarán y contribuirán al beneficio de otros.

El consentimiento es un ejercicio de vigilancia informada que aumenta la efectividad de las acciones de salud pública. Hacer las cosas sin explicar a quién está implicado llevaría a un escenario entre el excesivo paternalismo (pensar que estamos protegiendo porque somos los que sabemos) a la maleficencia (por negligencia, al no implementar el proceso informativo).

Algunas instituciones podrían incluir en el proceso de consentimiento informado para la atención sanitaria, la información sobre la posibilidad de ser un caso para la vigilancia o que se requiera que su historia, anónima, sea analizada con este fin.

A la par de este proceso de información es indispensable involucrar a las partes interesadas en la vigilancia. Esto podría permitir que quienes notifican los casos estén más comprometidos en el diligenciamiento oportuno, completo y veraz de los registros, así como la toma de acciones a tiempo.

¿Cómo garantizar la confidencialidad de la vigilancia en salud pública?

Los sistemas rutinarios de vigilancia en salud pública consideran necesario incluir la identificación personal en el registro de los datos con el propósito de garantizar la calidad, la depuración y un adecuado análisis, más que para facilitar la identificación personal. Esto favorece el proceso de monitoreo del comportamiento de la enfermedad ya que permite un registro completo y no sesgado, donde es posible eliminar duplicados, establecer nexos epidemiológicos (relación entre casos o confirmación de casos por contacto), desarrollar estrategias de captura-recaptura, conocidas como cruce de casos entre listas de datos; por ejemplo, casos de VIH, tuberculosis; entre otros (1).



Fuente: FETP Colombia

La identificación de las personas permite el acceso a la atención en salud, pero también la coerción, la discriminación, el reporte legal (en el caso de migrantes, personas vinculadas con el conflicto armado, convictos) e incluso, puede constituirse en fuente de casos para abordajes

de investigaciones de casualidad tipo casos y controles o de experimentación como en los ensayos clínicos.

Violar la confidencialidad puede disminuir el impacto de las acciones de salud pública y la calidad de la información. Una persona que percibe que la confidencialidad le es vulnerada en los servicios de salud, aumenta la posibilidad de rechazo al sistema de salud, lo que implica que evita o limita su participación en programas de vigilancia, cuidados clínicos e incluso, en la investigación clínica.

A esto se suma que los datos pueden ser transferidos a terceras personas: para auditoría médica, investigación biomédica, reclamo de pólizas, administradores de beneficios e incluso para otros niveles de vigilancia. Esto violaría aún más la intimidad de los individuos, principalmente de quienes tienen diagnósticos confirmados de evento de salud o enfermedad objeto de la vigilancia.

Esta transferencia podría entenderse en el marco del acceso al cuidado clínico o si la información de identificación es removida cuando se notifica de un nivel a otro; por ejemplo, de una institución de salud a un municipio o distrito. La consideración de la remisión de la información de salud pública a otros niveles o instituciones debe contar con el consentimiento del paciente.

El proceso de encriptar la identificación ha sido de difícil implementación en el futuro e incluso, la condición de nombres y números no tienen un estándar que asegure la confidencialidad. Esto requiere de estrategias en las cuales los funcionarios de salud reconozcan su responsabilidad ante el evento y sobre todo ante el sujeto, y en las cuales, las instituciones de salud desarrollen políticas claras que aseguren la confidencialidad de las personas identificadas.

Es importante contemplar cuáles son los principios que podrían estar implicados en asegurar la confidencialidad; entre ellos se pueden considerar: *deber de proveer cuidado, confianza, libertad individual, protección del daño, privacidad, confidencialidad, responsabilidad, solidaridad e inclusión*. Para ampliar la reflexión, lo invitamos a consultar el material complementario de la Unidad 3, donde encontrará un documento titulado *Reconocimiento de los dilemas (ver archivo "RevistaDigital.pdf")*.

2. Dilemas en las intervenciones de salud pública

La vigilancia en salud pública es una de las intervenciones más realizadas en el ámbito de la epidemiología y la salud pública. Ahora, vamos a reconocer algunos casos en los cuales han aparecido requerimientos éticos en otras intervenciones en salud pública. No nos vamos a detener ampliamente, sino más bien, a identificar dichos problemas. La metodología de Kass es útil para dicho abordaje. A continuación, presentamos un ejemplo:



El banco de sangre y la ventaja de diagnóstico

Los bancos de sangre tienen como propósito fundamental el aseguramiento de la calidad de la sangre que procesan. En el momento que un posible donante se acerca, suele hacerse una encuesta para descartar a algunos que se consideran como sujetos de alto riesgo. En algunos países, después de la encuesta aquellos que resultan aptos para la donación, son tamizados en búsqueda de infecciones, y en el caso de resultar positivos son notificados a los servicios de salud para su búsqueda y canalización.

Esto facilita que, algunas personas por dificultades de acceso a los servicios de salud o por no enfrentarse a situaciones estigmatizadoras, falseen la información en la encuesta de selección y donen sangre, buscando un resultado de laboratorio al que no podían llegar de otra forma. Adicionalmente convierten un proceso para asegurar calidad de la sangre en una ventana de diagnóstico y vigilancia en salud pública.

Si bien, el sujeto tiene el derecho a conocer su resultado y las autoridades en salud pública a controlar la diseminación de la infección, deben promoverse procesos que garanticen la confidencialidad de la información, el derecho a saber o no del donante.

Si se mantiene este doble propósito del banco de sangre es posible que se pierda el propósito original de sangre segura, pues es posible que muchos se acerquen a diagnosticarse en fases muy agudas de la infección que impidan su diagnóstico con pruebas tipo anticuerpos.

Veamos cómo funciona el modelo de Kass para este caso:

1 ¿Cuáles son las metas en salud pública del programa o intervención propuestos?

El banco de sangre tiene como objetivo salvaguardar la vida de receptores que por sus condiciones de salud la necesiten. Debe ser un proceso altruista, solidario y responsable. No debe presentarse transmisión de infecciones a través de la sangre durante las transfusiones.

2 ¿Qué tan efectivo será el programa o intervención para dicha meta en salud pública?

Efectivo 100 % si los donantes cumplen con los requisitos y las indicaciones relacionadas con su estado de salud.

3 ¿Cuáles son los riesgos potenciales o conocidos del programa o intervención propuestos?

El riesgo de que alguna sangre esté en la ventana de diagnóstico, principalmente cuando donan personas con hábitos de riesgo que no son reportados, lo que hace que la sangre no sea segura. Por otra parte, esto refleja dificultad de acceso para el diagnóstico de alguna población, que así mismo, puede temer al estigma en caso de ser diagnosticado como positivo.

4 ¿Pueden los riesgos ser minimizados? ¿Hay alternativas?

Crear información alternativa para los sujetos en general sobre otras alternativas de diagnóstico. También es importante que las personas se concienticen de que es un riesgo donar sin reportar factores de riesgo, haciendo caso omiso a las indicaciones para los donantes.

5 ¿El programa o intervención son implementados con justicia?

Es implementado con justicia porque inicialmente cualquiera que no tenga riesgo puede ser donante. El hecho de que las personas acudan a donar para conocer su estado de salud refleja dificultad para acceder a los servicios de salud.

6 ¿Cómo pueden los riesgos y los beneficios ser balanceados con justicia?

Es importante considerar que la donación, puede considerarse como una opción de acceso para el diagnóstico de infecciones que son tamizadas en banco de sangre; sin embargo, hay riesgo para los receptores. Por lo que se debe garantizar que existan otras alternativas de diagnóstico.

Observemos los cursos de acción ante los principios relacionados en este ejemplo:

Libertad individual:	Al sujeto se le busca para ser informado de su resultado (generalmente sólo cuando es positivo). El sujeto tiene el derecho a no saber, excepto que exprese lo contrario en un consentimiento informado que haya sido debidamente diligenciado.
Protección del daño:	Una persona que dona sangre y padece una infección aguda puede transmitirla a receptores de sangre. Este es un riesgo cuando la sangre fue captada durante la ventana de diagnóstico.
Proporcionalidad:	Un caso positivo no diagnosticado (por estar en fase aguda) hace insegura la sangre para muchos.
Privacidad:	Mantener la privacidad de aquellos tamizados como positivos. El miedo al estigma por parte de las personas que buscan la prueba diagnóstica en el banco de sangre.
Reciprocidad:	Se debe considerar la posición del donante que quiere ser diagnosticado, pero el objetivo del banco de sangre es garantizar y preservar la salud del receptor, por lo que es importante sensibilizar a los donantes potenciales.
Equidad:	Este ejemplo refleja problemas de acceso a los servicios de atención primaria.
Confianza:	Se afecta por varias vías: <ol style="list-style-type: none"> 1. La confiabilidad hacia los productos del banco de sangre por parte del receptor. 2. La confianza en los donantes que afirman no tener factores de riesgo al banco de sangre.
Deber de proveer cuidado:	No se ofrecen las pruebas fácilmente.
Solidaridad:	La donación es un acto altruista que no espera algo a cambio, como pasa con quienes donan esperando el resultado de laboratorio.
Confidencialidad	La falta de confianza de las personas para realizarse voluntariamente la prueba en los servicios de salud, ya que temen el diagnóstico y el mal manejo de la confidencialidad.



Reflexione sobre cómo podrían afectarse los siguientes principios procedimentales:

Transparencia, inclusión, racionalidad, capacidad de respuesta y responsabilidad.

3. Priorización en salud pública

La priorización es uno de los asuntos más complejos en la salud pública. Solo definir los criterios para la selección de los problemas que se priorizaran constituye un gran reto. La magnitud puede hacer que problemas como enfermedades fácilmente tratables y que no requieran un esfuerzo mayor oculten problemas que requieren un mayor esfuerzo económico, pero que no afecten a tantos (2).

Puede suceder que, por enfatizar en las enfermedades no respondamos a los determinantes de estos problemas y que la solución no proteja del daño. Distribuir los recursos tiene diversas perspectivas. Uno de los casos más frecuentes de priorización es el triage en urgencias o en emergencias. Notemos que las preguntas también surgen aquí. Vamos a realizar un ejercicio propuesto por Peter Ubel:



El gobierno quiere realizar un programa de detección del cáncer de colon en las personas que reciben servicios subsidiados por el gobierno (personas de bajos ingresos y sus familias).

Una prueba les permite a los médicos detectar cáncer en sus fases tempranas. El gobierno ha ofrecido la prueba a las personas en alto riesgo de este tipo de cáncer y de esta manera ha prevenido la muerte de algunas personas por esta causa. Ahora el gobierno quiere ofrecer la prueba al resto de las personas que están subsidiadas, pero que no tienen riesgo aparente de dicho cáncer.

Un grupo de profesionales fue conformado para ayudarle al gobierno a decidir cuál de las dos pruebas ofrecer a las personas de bajo riesgo. La prueba 1 es económica pero no siempre detecta el cáncer en sus fases tempranas. La prueba 2 es más costosa, pero es mejor para detectar el cáncer en esas fases tempranas.

La decisión es complicada por limitaciones del presupuesto: el gobierno tiene una cierta cantidad de dinero disponible para las pruebas. Después de evaluar los costos y los beneficios de cada prueba, los profesionales han concluido lo siguiente: el presupuesto es suficiente para ofrecer la prueba 1 a toda la población en bajo riesgo de manera que a cada uno se le pueda realizar el examen y de esta forma se evitarían 1.000 muertes por esta causa.

El presupuesto también sería suficiente para ofrecer la prueba 2 a la mitad de las personas en bajo riesgo y se evitarían 1.100 muertes por este tipo de cáncer.

¿Por cuál prueba se decidiría usted? ¿Por qué? ¿Qué principios tuvo en cuenta?

La mayoría de las personas encuestadas se ha decidido por la *prueba 1*, para garantizar la equidad. **¿Estaría usted de acuerdo? ¿O usted decidiría por los mejores resultados; es decir salvar más vidas?**

Estas son algunas situaciones que se presentan en salud pública y que requieren además de las consideraciones técnicas. Muchas veces, por el afán de proteger a la comunidad y a los individuos de ciertos riesgos, olvidamos como las intervenciones, programas o políticas que estamos planteando o desarrollando pueden afectar algunas consideraciones éticas. Esta claramente definido que generar procesos de confianza entre el tomador de decisiones, el planeador y la comunidad puede significar mayor impacto en nuestras acciones.



Hasta aquí hemos recorrido como identificar los problemas éticos. Es el momento de pensar en que la ética está inmersa en la salud pública desde su planeación, tal como lo veremos en el siguiente módulo.

Lo invitamos a realizar la actividad de emparejamiento y continuar con el último módulo de nuestro curso.

Referencias

1. Perlman D. Public Health Practice vs Research: Implications for Preparedness and Disaster Research Review by State Health Department IRBs. Disaster Med Public Health Prep [Internet]. octubre de 2008 [citado 4 de noviembre de 2023];2(3):185-91. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/abs/public-health-practice-vs-research-implications-for-preparedness-and-disaster-research-review-by-state-health-department-irbs/4AC16B2E42BF04EE65231CD0F92BF6CA>
2. Ubel PA, DeKay ML, Baron J, Asch DA. Cost-effectiveness analysis in a setting of budget constraints--is it equitable? N Engl J Med [Internet]. 2 de mayo de 1996 [citado 5 de noviembre de 2023];334(18):1174-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8602185/>