

Casos prácticos de ética y salud pública

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Con la colaboración de:



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Casos prácticos de ética y salud pública

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Casos prácticos de ética y salud pública. Nº 29 (2013)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-695-7995-4 Depósito Legal: B. 15.390-2013

Cuadernos
de la Fundació **29**
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Presentación <i>Victoria Camps</i>	7
Ética y salud pública: un grupo y una dinámica de trabajo <i>Andreu Segura, Andrea Burón y José Miguel Carrasco</i>	11
Casos prácticos	
Caso 1. Pandemia de la gripe <i>Jordi Delclòs</i>	21
Caso 2. Conflictos éticos en la adopción de medidas cautelares en salud pública <i>David Larios</i>	37
Caso 3. Alimentos funcionales <i>Macario Alemany</i>	59
Resumen, valoraciones y expectativas <i>Andrea Buron y José Miguel Carrasco</i>	83
Relación de participantes.....	90
Títulos publicados.....	92

PRESENTACIÓN

Si hay un ámbito relativo a la salud que debiera concitar el interés, el conocimiento y la voluntad de participar en la toma de decisiones es el de la llamada «salud pública». Puesto que por salud pública entendemos la protección y el control de la salud a nivel poblacional, lo que se haga al propósito debiera ser el resultado del máximo consenso entre políticos y ciudadanos con el fin de conseguir medidas de prevención sanitaria eficaces y justas, destinadas no solo a evitar determinadas dolencias, sino a contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Todos sabemos que la medicina no es una ciencia exacta, y lo es menos aún cuando se concentra en políticas de prevención de enfermedades. Aun cuando el «es mejor prevenir que curar» se mantiene como una máxima indiscutible de la sabiduría popular, en qué debe consistir la prevención, cuáles son los campos en los que más conviene actuar, hasta qué punto es correcto modificar estilos de vida y de qué modo es justo y conveniente hacerlo, son cuestiones que están lejos de concitar unanimidad. El fantasma de un paternalismo ilegítimo se cierne como una amenaza contra la autonomía que el individuo reclama para sí y para su forma de vivir. Hay que remitirse a John Stuart Mill, el más definitivo detractor del paternalismo, para recordar que «el único objetivo por el que podemos ejercer legítimamente el poder sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada, contra su voluntad, es impedir el daño a otros. Su propio bien, sea físico o moral, no es una justificación suficiente».

La afirmación de Mill no parece encerrar ninguna duda. El individuo es soberano sobre su salud; los poderes públicos solo están autorizados a interferir en su libertad con el fin de impedir que se haga daño a otros. No obstante, el problema es que, si la medicina no es una ciencia exacta, tampoco es unívoco el significado de expresiones como «daño a otros» o «contra su voluntad». Lo que pueda o no dañar a otras personas, a corto, medio o largo plazo, es susceptible de interpretaciones varias. En cuanto a la voluntad, actuar sobre ella es algo que los agentes sociales hacen todos los días por

medios extremadamente sutiles. Basta aludir al poder y la influencia de la publicidad, de la propaganda o de las modas. No es fácil saber cuándo la oposición o las reticencias ante una medida legislativa se producen en nombre de la voluntad individual o en nombre de cualquier otro motivo más o menos consciente y reconocido.

Las razones aducidas, y algunas más que no podemos detallar aquí, llevan a la conclusión de que, de todas las áreas de la sanidad, la de la salud pública es una de las que requiere más deliberación, discusión y razonamiento antes de tomar las decisiones que vengan al caso. Dicho de otra forma, la salud pública no puede desarrollarse en una democracia sin una ponderada reflexión ética que acompañe a todas las decisiones y las enriquezca con los argumentos que las fundamentan.

Haciéndose eco de tal convicción, Andreu Segura, como portavoz de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), recabó la colaboración de la Fundació Víctor Grífols i Lucas para formar un grupo de trabajo que reflexionara sobre las cuestiones más actuales y discutibles relativas a la salud pública, y elaborara una serie de documentos y guías de buenas prácticas que, a su vez, contribuyeran a desarrollar la ética en ese ámbito de la protección sanitaria. Tal fue la iniciativa que dio lugar a tres reuniones consecutivas, con sus respectivas publicaciones, la última de las cuales es la que se presenta en estas páginas. En ella se abordan tres casos muy distintos y muy actuales: 1) la gestión de la pandemia de gripe A; 2) los conflictos de intereses en la adopción de medidas de salud pública y 3) el alcance y límites de los alimentos funcionales. Tanto las presentaciones que establecieron el marco de los respectivos debates, como las aportaciones de los participantes en la discusión ofrecen un material que esperamos sea útil para la docencia y para futuras reflexiones acerca de la salud pública.

El reconocimiento efectivo del derecho a la protección de la salud, a través de un sistema público de asistencia sanitaria garantizado por el Estado, ha inculcado en la ciudadanía la convicción de que la salud es un derecho al que no hay que renunciar en ningún caso. La convicción está sólidamente fundada y forma parte de ese núcleo de bienes primarios que deben darse por supuestos sean cuales sean las circunstancias económicas. Lo que no obsta, sin embar-

go, para que el deseo de preservar la salud se acompañe también de un conjunto de deberes que obligan a las personas. En la idea de salud pública converge de una forma singular la dualidad de derechos y deberes de los que el individuo es sujeto, en la medida en que la salud es concebida no solo como un derecho a recibir asistencia sanitaria, sino también como una obligación con respecto a la comunidad, que se materializa en programas de vacunación, en recomendaciones sobre estilos de vida o en precauciones higiénicas. La salud pública es un objetivo que no concierne al individuo en solitario, sino a su relación con los demás. Tal es la razón por la que la dimensión ética adquiere una relevancia especial y no puede ser ignorada. Es la convicción que late tras el proyecto que se materializa en esta publicación.

Victoria Camps

Presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

Introducción

Ética y salud pública: un grupo y una dinámica de trabajo

El Grupo de Ética y Salud Pública: orígenes y objetivo

El Grupo de Ética y Salud Pública es un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), cuyo objetivo principal es promover la aplicación de la reflexión ética en el ámbito de la salud pública, tanto en el ejercicio profesional como en los programas e intervenciones para la sociedad.

El grupo se gestó durante el seminario sobre «Maleficencia en los programas de prevención», desarrollado en abril de 2010 y organizado conjuntamente entre el Institut d'Estudis de la Salut (IES) de Barcelona y la Fundació Víctor Grífols i Lucas, y cuyo contenido fue publicado con el mismo título en la colección de *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*.¹ En julio de 2011 se firmó un acuerdo entre la Fundació Víctor Grífols i Lucas y SESPAS para promover la colaboración entre salubristas (miembros de SESPAS y las sociedades científicas que la conforman) y expertos en ética. En septiembre de ese mismo año se celebró en Menorca el primer encuentro sobre ética y salud pública, en el seno de la Escuela de Verano de Salud Pública, creándose allí formalmente el grupo de trabajo, abierto a participantes no necesariamente vinculados a SESPAS o a la Fundació Víctor Grífols i Lucas y coordinado por Andreu Segura. Fruto de ese encuentro en Menorca se publicó el cuaderno *Ética y salud pública*.²

Durante 2012 el grupo creció y se abrió un foro en la web de SESPAS en el que se comenzó a debatir, desde un punto de vista ético, los tres casos de salud pública escogidos para ser tratados en el segundo encuentro sobre ética y salud pública de la Escuela de Verano en Menorca, y que formaron parte de este documento.

El grupo de Ética y Salud Pública: segundo encuentro

Los días 17 y 18 de septiembre de 2012, se celebró en el Lazareto de Mahón, de nuevo en el marco de la Escuela de Verano de Salud Pública de Menorca (EVSP) y coorganizado por la Fundació Víctor Grífols i Lucas, el segundo encuentro del grupo, titulado «*Ética y Salud Pública. Poniendo en práctica la Salud Pública*». Tal y como se había propuesto en el primer encuentro, en esta ocasión se trató de presentar, argumentar y debatir acerca de dilemas éticos reales a los que deben enfrentarse los profesionales de la salud pública en su práctica profesional cotidiana, todo ello con el objetivo de realizar una compilación de casos que resulte útil para la reflexión y la formación en este campo. El encuentro contó con la participación de profesionales, salubristas unos —académicos y profesionales— y estudiosos de la ética otros,^a que alimentaron y enriquecieron los debates.

Las situaciones elegidas fueron la gestión de la pandemia gripal, los eventuales conflictos de intereses entre estamentos de los servicios de salud pública y los alimentos funcionales. La elección de los casos se realizó mediante un sondeo llevado a cabo entre los miembros del grupo a través del correo electrónico, sobre cuáles eran los casos o temas que consideraban relevantes discutir. Para cada uno de los casos se propuso una persona con trayectoria académica y/o profesional en el área y con sensibilidad ética hacia la misma; esta persona (de ahora en adelante «moderador») sería quien prepararía el material necesario, moderaría el debate y sería la responsable final de la redacción del caso. La preparación de los casos y su puesta en marcha había comenzado unos meses antes del encuentro, a través de foros de debate *online* y dinamizados por las personas encargadas de la presentación de cada uno de los casos en la EVSP.

Una vez en Mahón, la primera jornada comenzó con una sesión conjunta donde se presentaron los tres casos y se crearon tres grupos para trabajar y debatir sobre cada uno de ellos; con el objetivo de obtener una mayor riqueza

de aportaciones y la interacción de diferentes puntos de vista, los participantes del encuentro se distribuyeron en cada uno de los grupos atendiendo a criterios de multidisciplinariedad intragrupal. A continuación, y durante el resto del día, cada grupo, conducido por el moderador de cada caso, debatió y trabajó de forma independiente sobre cada uno de los supuestos.

Durante la segunda jornada del encuentro, el moderador de cada grupo presentó, en sesión plenaria, las conclusiones provisionales de los debates, las cuales fueron debatidas conjuntamente por todos los participantes. A lo largo del otoño, circuló entre todos los participantes en el encuentro, un primer borrador con las ideas principales y conclusiones del grupo respecto a cada caso. Cada una de las 25 personas participantes tuvo la oportunidad de realizar aportaciones y sugerencias tanto a los aspectos formales de la redacción de los casos como a las reflexiones en ellos recogidos. Tras la recopilación de todas las aportaciones realizadas, revisión del material bibliográfico sugerido y los resúmenes de ideas y conclusiones de los debates, los moderadores redactaron, junto con el coordinador y la secretaria del grupo, los documentos que en esta publicación se presentan.

Es así como, fruto de la reflexión, del debate y del consenso de expertos en salud pública y en ética, nace este nuevo cuaderno. El alcance de las conclusiones de estos tres casos debería ir más allá de la especificidad de las situaciones prácticas en ellos presentados, puesto que pueden ser extrapolables a muchas otras situaciones similares que se dan con frecuencia en el campo de la salud pública.

El grupo continuará trabajando y, dado su carácter abierto, anima a todas aquellas personas interesadas en participar y/o formar parte de él a ponerse en contacto a través del correo electrónico: geticaysaludpublica@sespas.es.

La elaboración de este documento no habría sido posible sin la colaboración de la Fundació Víctor Grífols i Lucas y, por supuesto, tampoco sin las aportaciones de todos los miembros actuales del grupo en tantas horas de reflexión y trabajo.

Coordinadores
Andreu Segura
Andrea Burón
José Miguel Carrasco

a. Ver listado en pág. 90.

Referencias bibliográficas

1. *Maleficencia en los programas de prevención*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2010.
2. *Ética y salud pública*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2011.

CASOS PRÁCTICOS

Caso 1:
Pandemia de la gripe

Jordi Delclòs

*Catedrático en la División de Epidemiología,
Genética Humana y Ciencias Ambientales de la
Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas
Profesor asociado de la Universidad Pompeu Fabra*

1. Resumen descriptivo de la situación

En marzo 2009 se detectó un brote de gripe A en México que llamó la atención, por un lado, por su aparición en una época no habitual y, por otro, por ser causado por una estirpe nueva del virus H1N1. Al poco de conocerse los primeros casos se detectaron algunas muertes, lo que hizo pensar en un principio que el mundo estaba en los albores de una pandemia de gran letalidad. Llamaba también la atención que las muertes ocurrieran en grupos atípicos: jóvenes sin factores de riesgo obvios e incluso en mujeres embarazadas. En pocos días, los casos se extendieron a los Estados Unidos y Canadá, lo que impulsó a los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de los Estados Unidos a expandir recomendaciones para la prevención y contención de los casos. A pesar de ello, el número de casos siguió aumentando y, en mayo de 2009, aparecieron los primeros casos en el hemisferio sur, aunque estos parecían no asociarse a la gran letalidad inicialmente temida. A pesar de ello, y ante la dispersión geográfica cada vez mayor, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó el estado de pandemia (nivel 6) en junio de 2009, y propuso una serie de medidas de contención que rápidamente fueron adaptadas por la mayoría de los Estados miembros, entre ellos España. Entre las recomendaciones se incluía la identificación de determinados grupos de riesgo, basados en el perfil de los casos que iban apareciendo (por ejemplo, mujeres embarazadas) y/o por tener un mayor contacto con el público general (personal sanitario o docente). Las medidas estrictas siguieron vigentes durante ese verano, a pesar de haber cada vez mayor evidencia de que esta gripe A nueva (H1N1) parecía tener no solo menor letalidad de la esperada sino también menor de la que habitualmente se atribuye a la gripe estacional. Ya en el otoño, además de la vacuna estacional se empieza a comercializar una vacuna específica para la nueva gripe A (H1N1) y se promueven campañas de vacunación que, sin embargo, parecen tener poca acogida en la comunidad general. Los casos de gripe nueva alcanzan un pico en España y Europa en noviembre de 2009, descendiendo a partir de ese momento, aunque la OMS mantiene el estado de pandemia hasta agosto de 2010. En el momento de declarar su final, la OMS reconoce que esta pandemia fue más leve de lo inicialmente previsto. La tabla 1 resume la cronología de los acontecimientos más relevantes.

Tabla 1. Cronología de eventos relevantes asociados a la gripe pandémica de 2009-2010

Fecha	Suceso	Notas
Marzo de 2009	Brote inicial (México)	Medidas iniciales de contención
Abril de 2009	Transmisión a EE.UU. y Canadá	CDC expanden las medidas
Mayo de 2009	Transmisión a hemisferio sur	¿Poca letalidad?
Junio de 2009	OMS declara pandemia (nivel 6)	Medidas propuestas por OMS y adoptadas por Gobiernos
Verano de 2009	Evidencia de menor gravedad de la esperada	Las recomendaciones no se modifican
Septiembre de 2009	Vacuna estacional	
Octubre de 2009	Vacuna H1N1	UE ≈ 10%. España: ≈ 6%
Noviembre de 2009	Casos alcanzan un máximo en Europa	

2. Principales dilemas y principios éticos afectados, posibles conflictos de intereses, y consecuencias previsibles o reales

En las semanas anteriores al taller en Menorca, se distribuyeron cuatro documentos base (Gérvas y Hernández, 2012; Stern y Markel, 2008; Berlinguer y Moses, 2006; Torá *et al.*, 2012), recogidos en la bibliografía y se activó un foro

de discusión por internet, animando a los participantes a identificar los principales dilemas éticos planteados por la reacción mundial y local a la pandemia, y que podrían merecer un debate más intenso durante el encuentro. La tabla 2 resume estos dilemas planteados en el foro, así como las posibles consecuencias derivadas de su falta de consideración o de reflexiones incompletas.

Tabla 2. Resumen de las principales cuestiones éticas relacionadas con la pandemia gripal de 2009, identificadas en el foro y planteadas para su debate

Dilema ético	Consecuencia
Situaciones que comprometen el principio de la autonomía	Pérdida de derechos y libertades individuales.
Uso del principio de precaución para justificar respuestas	Toma de decisiones basadas escasamente en la evidencia científica.
Ética de la ignorancia	Tener que actuar en ausencia de evidencia científica sólida.
Poca capacidad prospectiva de adaptación	Pérdida del criterio de proporcionalidad. Decisiones que no se ajustan a la realidad.
Falta de transparencia en la toma de decisiones	Paternalismo, pérdida de confianza de los ciudadanos en la administración pública, pérdida de la autoridad moral. No cumplimiento de las recomendaciones.
Posibles conflictos de interés de los expertos	Abuso de la confianza, decisiones sesgadas y/o que benefician a unos a expensas de otros.
Actuación centrada solo en la prevención de casos y muertes	Pérdida del principio de la equidad y justicia distributiva.
Ausencia de autocritica y rendimiento de cuentas	Repetición de errores en futuras crisis.
Papel de los profesionales y sociedades profesionales	Contribuye a lograr la transparencia si se involucran a los distintos interesados. De lo contrario, predominio de unos puntos de vista sobre otros.

Asimismo se identificaron aquellos principios, valores y deberes éticos más relevantes a considerar, para que ayudasen a enfocar la discusión sobre los dilemas éticos mencionados en la tabla anterior, en base a recomendaciones del *Hastings Center* (ver bibliografía). Entre ellos se señalaron los principios éticos fundamentales de autonomía, de beneficencia y no maleficencia (principio del daño); los *valores* de reciprocidad, transparencia, rendimiento de cuentas ante la sociedad y de reducción de las desigualdades sociales en salud, con atención especial a los grupos más vulnerables; y el *deber* de planificar, formulando reglas y desarrollando herramientas para la toma de decisiones justas, buscando la proporcionalidad en las respuestas; todo ello en un marco de respeto a los derechos civiles y de la garantía procesal y con métodos efectivos de comunicación.

3. Reflexiones para abordar y/o resolver cada uno de los dilemas planteados, desde la perspectiva de la ética y de la salud pública

Una vez presentado este material, el grupo de trabajo de la gripe pandémica organizó la discusión de estos temas durante el encuentro en tres grandes líneas:

- la planificación de las respuestas a una pandemia en un contexto de transparencia y comunicación efectiva;
- el bien común frente a la autonomía y libertad individuales;
- la proporcionalidad de las respuestas frente al principio de precaución.

a) Planificación en un contexto de transparencia y comunicación efectiva

- La planificación debe ser el componente indispensable y vertebrador de la respuesta ante cualquier pandemia u otras situaciones emergen-

tes. Y se ha de incorporar desde el principio del proceso de la respuesta.

- La planificación es un proceso continuo que combina la planificación previa, la flexibilidad de adaptarse a situaciones fluidas, la autocritica y el rendimiento de cuentas.
- Una buena planificación incorpora no solo expertos en la materia sino también representantes del mundo de la bioética, de los medios de comunicación, de las sociedades profesionales y otros agentes sociales que puedan presentarse.
- La planificación debe someterse al escrutinio comunitario de los intereses y posibles conflictos de intereses de estos actores sociales.
- La planificación debe incluir un componente de formación de la población en temas de riesgo.
- Aquellos que lideran el proceso de planificación no deben menospreciar al ciudadano medio porque este generalmente está predispuesto a entender las buenas comunicaciones emitidas por buenos comunicadores que transmiten mensajes transparentes, incluso cuando estos mensajes no son favorables.

Un objetivo central del proceso de planificación es lograr una sociedad informada que participe y asuma responsabilidades en el proceso, buscando mitigar la «sociedad del miedo» y generar confianza en los mensajes, para otorgar una autoridad moral.

b) El bien común frente a la autonomía y libertad individuales

En esta área, la discusión llevó a generar tanto preguntas como comentarios específicos:

- ¿Qué es y cómo se decide el bien común?
- Alternativamente, tal vez deberíamos definir el límite del «mal común».
- ¿Cómo y cuándo se cede esa autonomía?
- Si es inevitable, la autonomía individual se debe ceder en la menor cantidad, durante el menor tiempo y con la menor intensidad posible.

En este sentido, tal vez deberíamos centrarnos en establecer «criterios de mínimos».

- Debemos recordar que atacar la autonomía también es atacar el bien común.
- ¿Debe de compensarse la pérdida de autonomía, dado que no todos sacrifican esa autonomía, o considerarse simplemente el cumplimiento de un deber social? Hay que exigir solidaridad pero no condenar con ella.
- ¿Cómo se establecen puntos de corte con criterios de justicia?
- ¿Cómo se deben priorizar los recursos con criterios de justicia?
- Debería haber una «mirada ética» que valore los datos estadísticos.

c) La proporcionalidad de las respuestas frente al principio de precaución

La «proporcionalidad» de las respuestas (recomendaciones u órdenes) se refiere a tratar de evitar que estas sean incoherentes o desproporcionadas respecto a la magnitud del problema, rehuendo en lo posible aquellas que puedan restringir la libertad o los derechos individuales, o aplicándolas solo cuando sea imprescindible. Por otro lado, el principio de precaución favorece la adopción de medidas encaminadas a proteger a la población, aun en ausencia de evidencia científica definitiva del riesgo o de la utilidad de dichas medidas. Mientras que la primera pide una respuesta comedida, la segunda propone una respuesta más proactiva. No siempre es fácil compatibilizar los dos conceptos, aunque intuitivamente parecería deseable proponer respuestas que reflejen un equilibrio entre ambas. Durante la discusión se identificaron temas y surgieron varias ideas encaminadas a lograr este equilibrio, entre ellos:

- El desperdicio de recursos y la falta de proporcionalidad de actuación ocurren, en parte, cuando las administraciones trabajan de manera descoordinada e ineficiente, organizando cada una de ellas (a todos los niveles) las mismas acciones, editando los mismos comunicados, o reuniendo a expertos para el mismo fin.

- En España esta falta de mecanismos de cooperación ha llegado a producir el despilfarro de recursos en estas situaciones.
- Para ello, se debe protocolizar de forma flexible, introduciendo herramientas que permitan la adaptación de las acciones según van cambiando las condiciones en tiempo real.
- Es necesario identificar y plantear el papel de todas las partes interesadas al abordar estas cuestiones.
- No se debe abusar del principio de precaución, utilizando el «caos» como excusa para la toma de decisiones apresuradas y no basadas en la evidencia (por ejemplo, apartar del trabajo a maestras embarazadas), o para que los que toman decisiones u otras partes interesadas (grupos políticos, profesionales y corporaciones) aprovechen las situaciones de crisis para obtener beneficios en favor de sus propios intereses. Así, por ejemplo, llama la atención la falta de aplicación de herramientas como el *Pandemic Severity Index* de los CDC (http://www.flu.gov/planning-preparedness/community/community_mitigation.pdf) que modula la respuesta según la gravedad del impacto.

4. Resumen y conclusiones

En la parte final del taller, celebrado con el plenario de los asistentes, se formularon unas conclusiones y recomendaciones, resumidas en la tabla 3, y encaminadas a gestionar mejor, desde el punto de vista ético, futuras pandemias y otras situaciones que comprometen la salud pública.

Tabla 3. Principales conclusiones y recomendaciones. Caso pandemia gripal 2009.

Dilema o reto ético	Conclusiones y recomendaciones
Planificación eficiente y basada en la evidencia y experiencia previas	<ul style="list-style-type: none"> ■ La planificación busca administrar recursos y tiempo; frecuentemente ambos son limitados. ■ Los planes mal aplicados o poco pensados pueden también perjudicar o servir para hacer avanzar los intereses de unos. Las buenas intenciones son necesarias, pero no suficientes. ■ Idealmente, hay que aprovechar el momento «no pandemia» para la planificación, evitando una sobrerrespuesta por parte de aquellos que «viven» de prevenir riesgos y se quieren sentir útiles. ■ Ante una situación de caos, es preferible centrarse en una planificación estratégica global genérica, y no necesariamente en una específica (como, por ejemplo, para una pandemia concreta). Esto no se hace lo suficiente porque la especificación favorece la poca flexibilidad y adaptación al dinamismo de las situaciones de crisis. ■ Hay mucha experiencia y muchos planes bien establecidos. Pero, a pesar de ello, raras veces funcionan al 100%, lo que nos obliga a ser reflexivos, autocríticos, buscar las razones e idiosincrasias «locales», «culturales» o «dinámico-temporales» que podían haber influido, y no ser simplemente una correa de transmisión por temor a tomar decisiones. Por ejemplo, los CDC tienen índices de severidad establecidos que, sin embargo, la OMS no atendió durante la pandemia. ■ La planificación de la salud puede ser una carga para la sociedad, condicionada por intereses de aquellos que participan en esa planificación. De ahí que, aparte de declarar esos posibles conflictos de intereses, es fundamental buscar el continuo consenso y promocionar la participación o consulta pública.

Dilema o reto ético	Conclusiones y recomendaciones
Planificación transparente y colaborativa, no paternalista	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se debe identificar, matizar y poner límites al concepto del paternalismo en salud pública, sabiendo que puede ser necesario pero con legitimidad, a través de la inclusión de conceptos de eficacia, evidencia y credibilidad. ■ Hay que ahondar en la rendición de cuentas (evaluación), sin complejo de presunción de culpa o desde una perspectiva punitiva. ■ La evaluación/rendimiento de cuentas debe hacerse públicamente. ■ Hay que resaltar la importancia de la formación, como parte de la planificación, incluyendo la formación de la población en conceptos básicos y principios éticos en las emergencias sanitarias, el concepto de riesgo, las responsabilidades de esa población en una crisis, así como sobre lo que son la pérdida de libertad individual y la equidad. ■ Se debe resaltar la importancia, como parte integral de la planificación, de especificar previamente el mecanismo de la comunicación. En la planificación es fundamental la credibilidad que, por tanto, debe incorporarse a las personas que deben transmitirla (en los casos de la gripe, por ejemplo, medios y clínicos). ■ Se debe resaltar el papel crucial, frente a estos puntos, de afrontar estos temas con la participación de un amplio abanico de actores sociales que traigan sus perspectivas y sirvan para equilibrar los diferentes intereses, asegurar la transparencia y cimentar la autoridad moral.

Dilema o reto ético	Conclusiones y recomendaciones
El bien común frente a la autonomía y libertad individuales	<ul style="list-style-type: none"> ■ La planificación debe incluir la definición de «mal común» (o lo que no es el bien común) que se busca evitar (por ejemplo, intereses), en parte porque en tiempos de estrés «se piensa peor». El mal común es un objeto de discusión histórica y la planificación es conservadora por naturaleza, por lo que requiere de consenso continuo, de acuerdo con la evolución de la sociedad. ■ El concepto de autonomía o libertad individual debe sopesarse, y tener asimismo en cuenta el principio de la reciprocidad, buscando evitar dañar al prójimo. ■ Se puede obligar, pero con respeto; la salud pública debe ser capaz de ejercer un autocontrol, al menos parcial. Durante la pandemia hubo imposiciones poco fundamentadas.
Equidad y justicia en las respuestas, el paternalismo «asumible»	<ul style="list-style-type: none"> ■ En la salud pública, el paternalismo se debe gestionar buscando defender la equidad y la justicia social puesto que no todo el mundo está en posición de participar en la planificación de pandemias. ■ Bien llevado, el paternalismo es asumible. El paternalismo en salud pública debe matizarse que no es sobre un individuo sino sobre la población general, con particular atención a las poblaciones o colectivos desprotegidos o vulnerables. ■ Es importante considerar el principio de la reciprocidad, derivado de la «regla de oro» (tratar a los demás como querías que te trataran a ti), y que insta a que, ante determinadas intervenciones, las consecuencias sean iguales para todos.

Dilema o reto ético	Conclusiones y recomendaciones
La proporcionalidad de las respuestas frente al principio de precaución	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las respuestas deben ser proporcionales a la magnitud del problema, rehuendo en lo posible aquellas que puedan restringir la libertad o los derechos individuales, o aplicándolas solo cuando sea imprescindible. Se debe evitar la ineficiencia en la gestión, el despilfarro de recursos y la duplicidad de acciones, planificando de manera colaborativa entre todos los sectores implicados. ■ Asimismo, se deben adoptar medidas encaminadas a proteger a la población, aun en ausencia de evidencia científica definitiva del riesgo o de la utilidad de dichas medidas. Pero no se debe abusar del principio de precaución, utilizando el «caos» como excusa para la toma de decisiones apresuradas y no basadas en la evidencia y con posibles intereses particulares. ■ No siempre es fácil compatibilizar los dos conceptos, aunque intuitivamente parecería deseable proponer respuestas que reflejen un equilibrio entre ambos.

5. Bibliografía y material de consulta útil

Los siguientes cuatro documentos fueron distribuidos a los participantes, a través del foro pre-taller, para servir de documentación base sobre la que se generaría discusión durante el taller. El artículo de Gérvas y Hernández resume los hechos de la pandemia gripal en España, la respuesta consiguiente de la administración pública y postula los dilemas éticos generados por esa respuesta. Los dos documentos del *Hastings Center* describen principios éticos a considerar en una pandemia y presentan la perspectiva de los diferentes actores sociales involucrados en dar respuesta a la sociedad. El artículo de Torá y colegas describe el impacto que tuvieron en Cataluña las recomendaciones de la administración pública sobre la incapacidad temporal (ausencia del trabajo) en distintos sectores de actividad económica, sobre todo en educación y sanidad.

Gérvas J.; Hernández I. *Ética y salud pública. El caso de la gripe A (H1N1), 2009-2010* [Editorial]. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2012; 13: 123-127.

Stern A.M.; Markel H. «Influenza Pandemic». En: *Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policymakers, and Campaigns*. 2008.

Berlinger N.; Moses J. The Hastings Center, 2006. www.thehastingscenter.org

Torá I.; Delclòs G.L.; Martínez J.M.; Jardí J.; Alberti C.; Manzanera R.; Yasui Y.; Clèries R.; Tobías A. y Benavides F.G. «Occupational health impact of the 2009 H1N1 flu pandemic: surveillance of sickness absence». *Occupational and Environmental Medicine* 2012; 69: 205-210.

A continuación, tres documentos que son marcos generales de aplicación de la ética en la salud pública de los que se extraen criterios, valores o principios/guía.

Public Health Leadership Society. *Principles of the ethical practice of public health*. Disponible en: <http://phls.org/CMSuploads/Principles-of-the-Ethical-Practice-of-PH-Version-2.2-68496.pdf> [Consultado el 7 de abril de 2013].

Nuffield Council on Bioethics. *Public health: ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics, 2007. Disponible en: <http://www.nuffieldbioethics.org/public-health> [Consultado el 7 de abril de 2013].

Kass N.E. «An ethics framework for public health». *Am J Public Health* 2001; 91; 1776-82.

El siguiente documento incluye una serie de recomendaciones emanadas del subcomité de ética del *Advisory Committee* de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos. Incluye interesantes reflexiones éticas relativas tanto al proceso de toma de decisiones en caso de epidemia como a aspectos como la transparencia o la equidad, útiles para enriquecer la discusión del caso 1 (pandemia gripal).

Kinlaw K.; Levine R. (coords). *Ethical guidelines in pandemic influenza*, 2007. Disponible en: http://www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/panflu_ethic_guidelines.pdf [Consultado el 15 de abril de 2013].

El siguiente documento es uno de los típicos productos de la Organización Mundial de la Salud, resultado de la reunión de un comité de expertos, divididos en cuatro grupos de trabajo: (1) equidad en el acceso a las medidas preventivas y terapéuticas; (2) ética de las medidas de salud pública puestas en marcha en respuesta a la pandemia; (3) profesionales sanitarios y su rol en situación de epidemia y (4) respuestas gubernamentales multilaterales frente a una pandemia de gripe.

Ethics Team of the Department of Ethics, Equity, Trade and Human Rights (ETH, WHO). *Ethical considerations in developing a public health response to a pandemic influenza*. Geneva: WHO, 2007 [who/CDS/EPR/GIP/2007.2. Disponible en: http://www.who.int/ethics/influenza_project/en/index.html [Consultado el 15 de abril de 2013].

**Caso 2:
Conflictos éticos en la
adopción de medidas
cautelares en salud
pública**

David Larios

*Vicepresidente de la Asociación
de Juristas de la Salud*

1. Introducción

Habitualmente empleamos el término *ética* para referirnos a una suerte de soporte epistemológico de las decisiones humanas. Porque es bien sabido que el ser humano es un ser moral, y que no puede dejar de serlo, y que cuando el ser humano construye organizaciones, esas organizaciones tampoco pueden dejar de ser sujetos morales.

En el contexto descrito, la pregunta moral por excelencia es: *¿Qué debo hacer? ¿Qué es lo correcto o lo incorrecto?* Y nadie, ni las personas, ni las organizaciones creadas y dirigidas por personas, pueden dejar de hacerse esa pregunta cada vez que tienen que actuar, que tomar una decisión, ya que en toda decisión se ponen en juego *valores*.

Para afrontar la cuestión de la ética en la toma de decisiones en salud pública admitiremos como punto de partida que en las administraciones sanitarias la toma de decisiones morales se despliega al menos en tres vertientes: la de las *decisiones políticas*, que se concretan en actos políticos o de gobierno; la vertiente de los *actos de gestión*, dirigida en último término a ejecutar las decisiones de los responsables políticos de la sanidad; y la vertiente de las *actuaciones técnicas*, que corresponde a los profesionales sanitarios de salud pública.

Nos centraremos en esas tres vertientes con una pregunta en el aire: ¿comparten estos actores morales una misma ética, o sus decisiones están guiadas por códigos morales diferentes? ¿Es posible una comunión, un matrimonio bien avenido entre la ética política, la ética gerencial y la ética profesional, o estamos abocados a mantener disputas continuas porque cada uno de estos actores sirve a valores diferentes y a veces incompatibles?

Veamos un ejemplo paradigmático de colisión o conflicto ético entre dos niveles en la toma de decisiones en salud pública cuyos elementos pueden servir para el análisis de otros casos similares.

2. Planteamiento del caso

En el Programa de Vigilancia de Aguas de Consumo Público se detecta inicialmente la presencia de un contaminante de origen químico en el pozo de agua que abastece a una localidad costera cuya economía se basa principalmente en el turismo.

El resultado del análisis arroja un índice de contaminación que sobrepasa los límites fijados por la normativa de aplicación.¹ Tras la repetición de la toma de muestras y su posterior análisis, se confirma el dato y se incorpora al Sistema de Información de Calidad del Agua autonómico.

El técnico de salud pública encargado del control de dicho abastecimiento elabora un informe en el que, pese a reconocer que se han sobrepasado los límites fijados por la normativa, admite que el consumo del agua del pozo no supone un riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población. A pesar de ello, el informe técnico concluye con la propuesta de adopción de la medida cautelar consistente en la clausura del pozo, así como la información a la población en tanto dicha situación persista.

A la vista del informe técnico, la autoridad sanitaria competente para la adopción de la medida cautelar, valora la trascendencia del incumplimiento y la repercusión inmediata sobre la salud de la población afectada y el impacto económico que para la localidad tendría la clausura del pozo y la alarma social que provocaría precisamente al inicio de la temporada turística. Tras ello, se reúne con el equipo de gestión de salud pública para comunicarles su decisión de no ratificar la propuesta de medida cautelar ya que, tras ponderar otros intereses públicos en juego, considera preferible que el pozo siga abasteciendo de agua a la población en tanto se buscan otras posibles alternativas.

Cuando el técnico que realiza el control del abastecimiento es informado por su jefatura de que, a pesar de su informe, no se adoptará la medida que propuso, el técnico se pregunta: ¿qué debo hacer?

3. Valores en conflicto y principios éticos afectados

La toma de decisiones en entornos complejos, entornos en los que se ponen en juego valores a veces contradictorios, está caracterizada por la incertidumbre. Lo que puede aportar la bioética a la toma de decisiones en estos ámbitos es la deliberación: una herramienta para la búsqueda del curso de acción óptimo, que es aquel que salva o lesiona lo menos posible los valores en conflicto.

El proceso deliberativo ha de comenzar por una detallada descripción de los hechos de la que se extraigan los principales valores y principios éticos afectados. En una situación como la descrita, los participantes en el encuentro identificaron los siguientes *valores en conflicto* y principios éticos afectados:

- **Protección de la salud pública:** la protección de la salud de la población, valor intrínseco del más alto grado, es para las administraciones sanitarias no solo un imperativo ético, sino también una obligación legal. La propia Constitución reconoce el derecho fundamental a la vida y a la integridad física (art. 15) y ordena a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (art. 43). La Ley General de Sanidad y la Ley General de Salud Pública concretan estos principios en una serie de deberes, que incluyen la vigilancia de la salud pública, la prevención de enfermedades y las actuaciones específicas dirigidas a la protección de la salud ante riesgos concretos.² El valor *protección de la salud* se relaciona directamente con el principio ético de la *beneficencia*.
- **Información:** los ciudadanos tienen derecho a ser informados sobre los condicionantes de salud como factores que influyen en el nivel de salud de la población y, en particular, sobre riesgos biológicos, químicos y medioambientales relevantes, así como sobre su posible impacto en la salud. El valor *información* permite a la población el ejercicio de la *autonomía de la voluntad*.
- **Transparencia:** la transparencia es una cualidad que ha de estar presente en la información en salud. Tanto desde el punto de vista ético,

como legal, las actuaciones de salud pública deben ser claras y comprensibles para el conjunto de la población con el fin de que los ciudadanos puedan ejercer adecuadamente su *autonomía* a la hora de decidir en función de la información facilitada.

- **Precaución:** la existencia de indicios fundados de una posible afectación grave de la salud de la población, aun cuando hubiera incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo, obliga a las administraciones competentes a determinar la cesación o limitación de la actividad en la que concurran. No hacerlo de este modo vulneraría el principio ético de *no maleficencia*.
- **Legalidad:** las administraciones públicas están obligadas por este principio a cumplir con la normativa aplicable, sin excepción. En el caso planteado, la normativa vigente obliga a los gestores del agua a poner en conocimiento de la población si el agua de consumo humano sufre modificaciones que impliquen que, de forma temporal o permanente, no sea apta para el consumo humano, así como a adoptar las medidas correctoras y preventivas necesarias a fin de evitar cualquier riesgo que afecte a la protección de la salud (art. 4.6 del Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero). La lesión de este valor se relaciona directamente con el principio de *no maleficencia*.
- **Jerarquía:** la posición jerárquica en organizaciones sanitarias públicas se materializa a través del principio de competencia. Los responsables políticos y los técnicos tienen un ámbito competencial diferente y sus campos de actuación están delimitados, de forma que la tarea de análisis, información y propuesta corresponde al técnico, en tanto que la toma de decisión final corresponde al responsable político que ejerce las funciones reservadas a la autoridad sanitaria. La vulneración de este principio de jerarquía o competencia tiene consecuencias éticas y jurídicas. La actuación realizada por quien carece de competencia para ello es nula y, por tanto, cada actor debe ceñirse al desempeño de sus atribuciones. La competencia jerárquica se relaciona en este caso con el *principio de justicia* en su formulación más amplia.

En colisión con los anteriores, los participantes en el encuentro identificaron los siguientes valores y principios éticos afectados:

- **Pertinencia:** las actuaciones en salud pública deben limitarse en función de la magnitud de los problemas de salud que pretenden corregir, y deben justificar su necesidad de acuerdo con los criterios de proporcionalidad, eficiencia y sostenibilidad. La lesión de este valor en el caso planteado, en el que no se acreditan riesgos extraordinarios e inminentes para la salud de la población, se concretaría en una alarma social injustificada que a su vez tendría una importante repercusión negativa en la economía de la localidad y, en definitiva, contravendría el principio ético de la *no maleficencia*.
- **Alarma social e intereses económicos de la población:** el cumplimiento estricto de los deberes de información y transparencia pueden lesionar otros valores dignos de protección, que el responsable político debe ponderar a la hora de adoptar la decisión de clausura temporal del pozo y de informar a la población. En este caso, los valores aludidos tienen relación directa con el principio de *autonomía de la voluntad*.
- **Equidad:** las actuaciones en salud pública que tengan impacto en la población deben promover la disminución de las desigualdades sociales en salud. La clausura del pozo podría generar desigualdades entre aquellos ciudadanos que tienen posibilidad de adquirir agua embotellada, frente a aquellos otros que carecen de los recursos económicos para ello, cuando según el informe técnico el consumo no implica un riesgo grave y extraordinario para la salud de ningún ciudadano. La lesión de este valor en las condiciones descritas podría implicar un quebranto del principio ético de *justicia*.
- **Responsabilidad:** implica la obligación (legal o moral) de reparar el daño causado. En el caso que nos ocupa, la responsabilidad podría surgir por la negativa de la autoridad sanitaria de no adoptar la medida cautelar propuesta por el técnico, y también por la actuación posterior del técnico, una vez que sabe que no se adoptará la medida cautelar propuesta en su informe. Este valor tiene relación directa con el principio ético de *justicia*.
- **Autonomía profesional:** el técnico que propone la medida cautelar siente lesionada su autonomía profesional como consecuencia de la

decisión política de no acordar la clausura del pozo ni informar a la población de la presencia de un contaminante químico en el agua que abastece a la localidad, y se plantea si la relación jerárquica que le vincula con la administración, y que le obliga frente al responsable político, puede prevalecer sobre sus deberes como profesional de la salud, en particular, respecto a los principios éticos de *no maleficencia* y de *autonomía*.

- **Interés personal del técnico:** en ocasiones, el prurito profesional y/o personal de los técnicos se erige como un valor (corporativo o individual) que se ve lesionado por decisiones políticas que, en casos como el que nos ocupa, desatiende la propuesta técnica de adopción de medidas cautelares. Este valor se relaciona con el principio ético de *autonomía*.

A continuación ofrecemos un esquema a modo de tabla resumen:

Valores en conflicto		Principio ético afectado
Protección de la salud pública	Pertinencia	Beneficencia
Información y transparencia	Alarma social Protección de intereses económicos	Autonomía No maleficencia Justicia
Equidad	Protección de intereses económicos	No maleficencia Justicia
Precaución	Pertinencia	No maleficencia
Legalidad	Responsabilidad	Justicia
Jerarquía	Autonomía profesional Interés personal del técnico	No maleficencia Autonomía

4. Cursos de acción

Tras la formulación de los valores y principios éticos implicados en el caso propuesto, el grupo de trabajo detectó los siguientes cursos posibles de acción ante el problema al que se enfrenta el técnico de salud pública tras la decisión del responsable político que se niega a adoptar la medida cautelar propuesta.

- a. El técnico cumple estrictamente con su función y se limita a trasladar su informe-propuesta a la autoridad sanitaria.
- b. El técnico no se contenta con emitir el informe-propuesta, sino que se plantea utilizar todos los medios de diálogo a su alcance para que el responsable político reconsidere su decisión de no adoptar la medida cautelar.
- c. El técnico no se aquieta ante la decisión del responsable político que se niega a adoptar la medida cautelar propuesta y se plantea dar traslado de una copia de su informe a su sociedad científica, con la intención de que esta medie o presione a la autoridad sanitaria a fin de que rectifique su decisión inicial y clausure el pozo e informe a la población.
- d. El técnico no se conforma con emitir su informe-propuesta y plantea a sus superiores la conveniencia de tramitar de oficio una autorización de excepción a los valores paramétricos fijados, según lo previsto en los arts. 22 y siguientes del Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero.^a
- e. El técnico no se conforma con emitir su informe-propuesta y plantea a sus superiores la conveniencia de realizar una evaluación del resultado del conflicto, con el fin de aprender del caso y elaborar protocolos para el abordaje futuro de conflictos similares.
- f. El técnico no se aquieta ante la decisión del responsable político que se niega a adoptar la medida cautelar propuesta y se plantea trasladar una copia de su informe a las asociaciones de consumidores y usuarios de la localidad afectada.
- g. El técnico no se aquieta ante la decisión del responsable político que se niega a adoptar la medida cautelar propuesta y se plantea hacer

a. Ver anexo, pág. 54.

público su informe-propuesta entregando una copia del mismo a los medios de comunicación.

- h. El técnico, ante la decisión del responsable político de no proceder a la adopción de la medida cautelar propuesta, se plantea denunciar los hechos a nivel interno ante la Inspección de Servicios.
- i. El técnico, ante la decisión del responsable político de no proceder a la adopción de la medida cautelar propuesta, se plantea denunciar los hechos ante los juzgados de lo penal.

5. Discusión

Tras el análisis de los hechos, la detección de valores en conflicto y principios éticos afectados, y la enumeración de los diferentes cursos de acción que el técnico puede emprender ante el conflicto suscitado por la negativa de la autoridad sanitaria a adoptar la medida cautelar propuesta, el grupo de trabajo y los expertos en salud pública reunidos en la sesión plenaria, aportaron numerosos elementos para la deliberación, a modo de argumentos a favor y en contra de cada uno de los cursos de acción posibles, con el fin de alcanzar un consenso en la toma de la mejor decisión, que será la que vulnere o lesione con menor intensidad los valores en conflicto y salve todos o la mayor parte de los principios éticos afectados.

5.1. Límite de las responsabilidades éticas y legales del técnico en salud pública

La primera cuestión que suscitó un arduo debate en el seno del grupo de trabajo giró en torno a los límites de la responsabilidad personal y profesional del técnico en salud pública en relación con la decisión de la autoridad sanitaria de no adoptar la medida cautelar propuesta en su informe.

Desde un punto de vista estricto, cabe considerar que el técnico cumple con sus obligaciones profesionales al emitir un informe-propuesta objetivo que ayude a la autoridad sanitaria a tomar una decisión razonada, siendo compe-

tencia de la autoridad sanitaria la adopción o no de la medida propuesta, no pudiéndosele exigir al técnico responsabilidad legal por el hecho de no iniciar actuaciones tendentes a modificar la decisión del responsable político. Una actitud diferente podría considerarse incluso arrogante, en el sentido de atribuirse el técnico competencias y responsabilidades que no le corresponden.

Desde un punto de vista más amplio y acorde a la magnitud de los valores en conflicto (protección de la salud pública, información, transparencia, alarma social, protección de los intereses económicos, pertinencia y precaución), la actitud pasiva del técnico que se limitase a cumplir de manera tan estricta sus obligaciones profesionales, aquietándose sin más a la decisión de la autoridad sanitaria de no cerrar el pozo (curso de acción a), se consideró demasiado aséptica, carente de implicación moral y contraria a los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y autonomía.

Por ello, los participantes en el grupo de trabajo terminaron descartando el curso de acción extremo consistente en que el técnico se aquiete sin más a la decisión de no clausurar el pozo y no informar a la población (a) y optaron por seguir avanzando en la deliberación sobre cursos de acción intermedios.

5.2. Ponderación de valores: el diálogo como herramienta para la deliberación

Los participantes en el encuentro coincidieron en la existencia de un conflicto entre los valores que el técnico defiende en su informe-propuesta (protección de la salud pública, información, transparencia y legalidad) y los que pondera la autoridad sanitaria (protección de intereses económicos, evitar alarma social, pertinencia de mantener el suministro ante la ausencia de un riesgo inmediato y extraordinario).

En este punto conviene recordar la tesis formulada por el profesor Gracia³ cuando afirma, en relación con la toma de decisiones en las organizaciones sanitarias, que no puede hablarse de una moral única, puesto que no hay un sujeto moral único, ni un solo deber moral, y que pese a que los responsables políticos y los profesionales sanitarios comparten (o así debiera ser) un objetivo común y primario (garantizar el más alto nivel posible de salud a la

población con los recursos disponibles), los roles que desempeñan unos y otros les harían situarse en posiciones morales diferentes respecto a la misma realidad. Los responsables políticos de la sanidad y los profesionales de la salud compartirían una misma lógica, pero su respectivo rol profesional les obligaría a cuidar y promover valores distintos.

Así, los responsables políticos y los gestores promueven principalmente los valores instrumentales (valores por referencia, los que atribuimos a cosas que tienen valor en cuanto que sirven para la consecución de un fin) en tanto que los técnicos promueven tradicionalmente los valores intrínsecos (los que atribuimos a algo que es un fin en sí mismo).

Partiendo de que el rol político se inclina por la promoción de valores materiales y de que los profesionales sanitarios vienen promoviendo tradicionalmente valores instrumentales, no es infrecuente que se planteen conflictos como el descrito.

Para Peiró, las causas de estos conflictos se atribuyen a la participación de los profesionales en dos sistemas, es decir, a su papel de doble agente: la profesión sanitaria y la organización administrativa, y a que los principios organizativos de la profesión y de la burocracia son diferentes.⁴

Pero no podemos ignorar que los valores no están en el aire, sino en las cosas, en las personas, soporte tanto de valores materiales como inmateriales. De ahí que el objetivo de la ética sea, no primar unos sobre otros, sino ver de qué forma se salvan ambos, o se lesionan lo menos posible.

Por tanto, no tiene razón la ética médica tradicional al ocuparse únicamente de los valores inmateriales (protección de la salud, de la autonomía, etcétera) y desatender los valores instrumentales (recursos económicos) porque las actuaciones de los técnicos sanitarios muchas veces tienen innegables repercusiones patrimoniales.

Con el paso de los años, los profesionales sanitarios han ido adquiriendo una progresiva toma de conciencia de las implicaciones económicas de sus actuaciones manejando conceptos de *eficiencia* y *coste de oportunidad*, pero desde un sector profesional todavía minoritario y muy por detrás de otros países de nuestro entorno socio-político.

Tampoco tiene razón la tesis actual que sostiene que, en caso de conflicto, debe primar siempre la eficiencia. Los planteamientos categóricos de este tipo dan lugar a un dilema. Y los dilemas conducen invariablemente a decisiones incorrectas.

Por ello, el grupo de trabajo valoró positivamente los cursos de acción consistentes en propiciar el diálogo entre el nivel técnico y el nivel político (curso de acción b) incluso introduciendo en ese diálogo a agentes externos a la propia administración que puedan mediar en el conflicto, señalándose como tal a la sociedad científica (curso de acción c) en ausencia de un órgano aceptable y previo, de una instancia intermedia entre el nivel técnico y el nivel político que bien podría ser un comité de ética pluridisciplinar, una agencia u otro tipo de organismo técnico independiente, recordando que en el pasado las reales academias actuaban como mediadores entre los profesionales sanitarios y las autoridades políticas.

5.3. ¿Conflicto de valores o incertidumbre sobre el riesgo? Posible inadecuación de los parámetros fijados por la normativa de aplicación

En el transcurso de los debates, los expertos en salud pública del grupo de trabajo plantearon la cuestión de la falta de correlación de los valores paramétricos de contaminantes del agua fijados en la normativa de aplicación, con el riesgo real y efectivo asociado al consumo del agua, y cómo esta discordancia motiva en muchas ocasiones conflictos como el que nos ocupa, en el que, por un lado, el técnico, en estricto cumplimiento de la legislación aplicable, propone la medida cautelar consistente en la clausura del pozo e información a la población a pesar de reconocer en su propio informe la inexistencia de un riesgo extraordinario e inminente para la salud de la población, en tanto que el responsable político, ponderando otros valores dignos de protección (evitar la alarma social, evitar las pérdidas económicas derivadas del corte de suministro, salvaguardar el principio de equidad en el acceso al consumo de agua embotellada) opta por desatender la propuesta,

pese a que es conocedor de que el nivel de contaminación del pozo supera los parámetros establecidos por la normativa de aplicación.

Como cuestión previa al debate que nos ocupa, los integrantes del grupo de trabajo apelaron a la conveniencia de que las administraciones competentes consulten a las sociedades profesionales como la Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA), confederada en SESPAS, con carácter previo a la fijación de valores paramétricos que no se correspondan con un riesgo real, evitando de ese modo que las normas sobre criterios sanitarios de calidad del agua contengan previsiones que en la práctica resulten inadecuadas y produzcan problemas aplicativos como el que se suscita en el presente caso.

Teniendo en cuenta la realidad jurídica vigente, el técnico realiza una correcta aplicación de la normativa sobre calidad del agua y, pese a reconocer la inexistencia de un riesgo extraordinario e inmediato para la población, informa y propone la adopción de la medida cautelar, sin tener en cuenta que con ello se lesionan otros intereses y valores dignos de protección, valores que la autoridad sanitaria considera preferentes y determinantes para negarse a la adopción de la misma, desatendiendo incluso el principio de legalidad.

En esta tesitura, y una vez agotadas las vías de diálogo, incluso con intervención y mediación de un tercero (sociedad científica) el técnico tiene la obligación ética y profesional de poner en conocimiento de la autoridad sanitaria la posibilidad, contemplada en los arts. 22 y siguientes del Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, de tramitar de oficio una autorización de excepción temporal con respecto al incumplimiento de los parámetros fijados siempre que el suministro de agua de consumo humano no se pueda mantener de ninguna otra forma razonable, lo que habilitaría a la autoridad sanitaria para establecer un nuevo valor paramétrico siempre que la excepción no constituya un peligro para la salud de la población abastecida.

Se trata de un curso de acción intermedio (d) que, siempre y cuando se den los requisitos previstos por la normativa de aplicación, resultaría idóneo para solventar el conflicto que nos ocupa, ya que permitiría salvar la totalidad de los valores en conflicto sin lesionar ninguno de los principios éticos afectados.

5.4. Informe de evaluación: aprendizaje a partir del error

De manera complementaria a los cursos de acción anteriores, el grupo de trabajo consideró que dentro de las obligaciones éticas y profesionales del técnico, y con independencia del resultado final del incidente, se encuentra la de proponer a sus superiores jerárquicos la realización de una evaluación del conflicto, con el fin de aprender del caso y elaborar protocolos para el abordaje futuro de conflictos similares (curso de acción e).

Se trata de un curso de acción idóneo que, si bien no permite la resolución del caso planteado, se considera aconsejable emprender de manera complementaria y no excluyente junto con los cursos de acción a, b, c y d.

5.5. Deber ético de alertar a la población de los riesgos vs. deber legal de secreto

Ante la negativa de la autoridad sanitaria a reconsiderar su decisión, o ante su negativa a tramitar la autorización de excepción temporal de los parámetros fijados (o en caso de imposibilidad material o legal de hacerlo), el técnico se plantea la posibilidad de divulgar los resultados de su informe-propuesta trasladando una copia del mismo a las asociaciones de consumidores (curso de acción f) o incluso a los medios de comunicación (curso de acción g).

Estos cursos de acción fueron rechazados unánimemente por el grupo de trabajo al considerarlos extremos y contrarios al deber de secreto que impone a los empleados públicos la normativa de aplicación (art. 52.13 del Estatuto Básico del Empleado Público, Ley 7/2007, de 12 de abril) cuando señala que los funcionarios y personal estatutario estarán obligados a «guardar secreto de las materias clasificadas u otras cuya difusión esté prohibida legalmente, y mantendrán la debida discreción sobre aquellos asuntos que conozcan por razón de su cargo, sin que puedan hacer uso de la información obtenida para beneficio propio o de terceros, o en perjuicio del interés público», debiendo tener presente que tal ponderación, la de la protección del interés público, corresponde en última instancia no al técnico, sino al responsable político.

Además de la sanción administrativa, el técnico que difundiese el informe-propuesta estaría incurriendo en el delito previsto en el art. 417 del Código Penal, que castiga con penas de multa e inhabilitación especial a la autoridad o funcionario «que revele secretos o informaciones de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o cargo y que no deban ser divulgados», pudiendo agravarse la pena si resultara «grave daño para la causa pública o para terceros».

En cuanto a los límites a ese deber de secreto, consistentes en la posible apreciación de una atenuante o eximente de estado de necesidad (perpetrar un delito para evitar un mal mayor), el grupo de trabajo concluyó que no parece que pueda apreciarse su concurrencia en el presente caso, ya que el propio informe técnico reconoce la inexistencia de un riesgo extraordinario e inmediato para la salud de la población, riesgo que en caso de existir y estar acreditado, sí podría erigirse como un límite al deber de secreto, que es la regla general.

5.6. Denuncia ante la inspección de servicios o la autoridad judicial

Por último, el grupo de trabajo también desechó los cursos extremos de acción consistentes en que el técnico denuncie ante la inspección de servicios (h) o ante la autoridad judicial (i) la actuación de la autoridad sanitaria que se niega a adoptar la medida cautelar propuesta, ya que tales medidas fueron consideradas desproporcionadas en atención a la ausencia de un riesgo inmediato y grave para la salud de la población, ausencia de riesgo que el propio técnico reconoce en su informe, y porque una actuación de este tipo situaría al técnico en una posición profesional difícilmente sostenible ante sus superiores jerárquicos.

En particular, y respecto a la denuncia penal, la actuación sería además improcedente toda vez que la autoridad judicial no podría apreciar la comisión de un delito por parte del responsable político, habida cuenta de la ausencia de los elementos integrantes del tipo penal de lesiones o de los relativos a los delitos cometidos por autoridades o funcionarios.

6. Recomendaciones y propuestas

Tras el desarrollo del proceso deliberativo, el grupo de trabajo propone las siguientes recomendaciones de actuación, que deben ser consideradas de manera gradual:

1. El técnico no debe permanecer impasible ante la decisión de la autoridad sanitaria, sino que debe agotar las posibilidades internas de diálogo a fin de que el responsable político reconsidere su decisión. De este modo se promueve el respeto a los principios de protección de la salud, información, beneficencia y autonomía profesional.
2. Ante el fracaso de las vías de diálogo internas, el técnico podría intentar la intermediación de una sociedad profesional, a fin de que la autoridad sanitaria reconsidere su decisión. Es recomendable que el técnico no traslade su informe a la sociedad científica para evitar que se le pueda acusar de vulnerar su deber de secreto, y que se limite a poner en antecedentes a la sociedad científica para que esta pueda dirigirse formalmente al responsable político. Este curso de acción promueve el respeto de los mismos principios que el anterior.
3. Como alternativa a los dos cursos de acción anteriores, el técnico podría proponer a la autoridad sanitaria la tramitación del procedimiento de autorización extraordinaria de excepción temporal a los valores paramétricos fijados, siempre que el índice de contaminación detectado no suponga un riesgo en el consumo de agua por parte de la población. Este curso de acción respeta la totalidad de los valores en conflicto, pues salvando las responsabilidades tanto del técnico como del responsable político, permite mantener el suministro de agua dentro del marco de la legalidad en tanto se adoptan las medidas correctoras, evitando así la alarma social y los perjuicios económicos que llevaría aparejados la adopción de la medida cautelar propuesta.
4. Como actuación complementaria a cualquiera de las anteriores, se considera conveniente, en todo caso, que el técnico proponga o realice una evaluación del resultado del conflicto con el fin de aprender del caso y elaborar protocolos para el abordaje futuro de conflictos similares.

De manera complementaria a las anteriores recomendaciones, los expertos reunidos en el encuentro realizaron las siguientes propuestas:

1. Constitución de comités multidisciplinares, agencias u otro tipo de entidades ya constituidas (sociedades profesionales) dotadas de autoridad moral y que sean previamente aceptadas por las partes, que pudieran actuar como interlocutores y mediadores en conflictos similares al descrito.
2. Participación activa de sociedades científicas y profesionales en los trámites de alegaciones y consultas previas a la fijación, por parte de los responsables políticos, de los valores paramétricos en las normas antes de su aprobación, con el fin de evitar la discordancia entre el límite legal y el riesgo real, lo que contribuiría a reducir el número de situaciones como la analizada.

7. Bibliografía y material de consulta

Bibliografía:

- Lozano, J.M.; Gracia, D.; Peiró, M. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*, Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas, 2012.
- *La salud en la evaluación de impactos ambientales. Guía metodológica*. Serie de Aeribus, aquis et locis. Sociedad Española de Sanidad Ambiental. SESA 2011. Accesible en: <http://sanidadambiental.com/la-salud-en-la-evaluacion-de-impactos-ambientales-guia-metodologica/> [Consultado el 24 de abril de 2013].

Legislación:

- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de calidad del agua de consumo humano.

8. Notas

1. Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de calidad del agua de consumo humano.
2. Arts. 3 a 11 de la Ley 14/1986, General de Sanidad y arts. 12 a 31 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
3. Gracia, D. «Ética profesional y ética institucional: entre la colaboración y el conflicto», en *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2012, págs. 17, 19 y 20.
4. Peiró, M. «Ética profesional y ética institucional: entre la colaboración y el conflicto», en *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2012, págs. 24 y 25.

9. Anexo

Artículo 22. Situaciones de excepción a los valores paramétricos fijados

El gestor podrá solicitar a la administración sanitaria la autorización de situaciones de excepción temporal con respecto a los valores paramétricos fijados cuando el incumplimiento de un valor paramétrico de un determinado parámetro de la parte B del anexo I en un abastecimiento dado, se ha producido durante más de 30 días en total durante los últimos 12 meses y cuando el suministro de agua de consumo humano no se pueda mantener de ninguna otra forma razonable. La autoridad sanitaria establecerá un nuevo valor paramétrico, siempre que la excepción no pueda constituir un peligro para la salud de la población abastecida.

Artículo 23. Autorización de excepción

1. El gestor presentará a la autoridad sanitaria la solicitud que constará, al menos, de:
 - a. Copia del escrito del gestor al municipio, en su caso, comunicando la solicitud de autorización de la excepción.

- b. La solicitud, que se ajustará al modelo de impreso recogido en la parte A del anexo VI.
- c. Original y copia de un informe documental con los apartados siguientes:
 - Resultados del parámetro de los seis últimos meses.
 - Informe sobre la causa de la solicitud, justificado, si procede, con un dictamen técnico.
 - Informe justificando que no se puede mantener el suministro de agua de ninguna otra forma razonable.
 - Comunicado y forma de transmisión a la población afectada de la situación de excepción.
 - Programa de muestreo específico incrementando la frecuencia de muestreo para ese abastecimiento para el período solicitado.
 - Plan de medidas correctoras, disposiciones para la evaluación del plan, cronograma de trabajo y estimación del coste.
2. La autoridad sanitaria tendrá un plazo de dos meses para notificar la autorización de la solicitud, a partir de la entrada de la documentación en el registro del órgano competente para su tramitación.
3. Una vez autorizada la excepción la autoridad sanitaria tendrá 15 días hábiles para comunicar la autorización de excepción a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. La comunicación se realizará en el modelo de impreso recogido en la parte B del anexo VI y, si se trata de un abastecimiento que distribuya al día más de 1.000 m³ como media anual, se acompañará de un ejemplar del informe documental aportado junto al listado de industrias alimentarias pertinentes afectadas.
4. El Ministerio de Sanidad y Consumo notificará, a la Comisión Europea, conforme la normativa comunitaria vigente, la autorización de excepción, de abastecimientos que distribuyan al día más de 1.000 m³ como media anual.
5. Las excepciones deberán estar limitadas al menor tiempo posible y no excederán de tres años, al final de los cuales el solicitante presentará a la autoridad sanitaria un estudio de situación y el coste total de las medidas adoptadas.
6. Una vez autorizada la excepción, el gestor comunicará a los consumidores y a los otros gestores afectados del abastecimiento la nueva situación de excepción y, en coordinación con la autoridad sanitaria, facilitará recomendaciones sanitarias a la población en general y específicamente a aquellos grupos de población para los que la excepción pudiera representar un riesgo para su salud.
El plazo de comunicación no será superior a dos días a partir del día en que le sea notificada la autorización.

Artículo 24. Primera prórroga de excepción

1. Cuando los tres años no hayan sido suficientes para resolver la causa que motivó la solicitud de excepción, el gestor podrá solicitar una prórroga de la excepción a la autoridad sanitaria.

En este caso, dos meses antes de que finalice el primer período autorizado, deberá presentar:

- a. Copia del escrito del gestor al municipio, en su caso, comunicando la solicitud de prórroga.
- b. La solicitud, que se ajustará al modelo de impreso recogido en la parte A del anexo VI.
- c. Original y copia de un nuevo informe documental actualizado.

Al finalizar el primer período autorizado, el gestor remitirá a la autoridad sanitaria original y copia del estudio de situación elaborado, que recogerá los progresos realizados desde la autorización.

2. La autoridad sanitaria tendrá un plazo de dos meses para notificar la autorización de la solicitud, a partir de la entrada de la documentación en el registro del órgano competente para su tramitación. Esta prórroga de excepción no podrá exceder de tres años. A partir de la autorización de la prórroga se seguirá la misma tramitación que lo previsto en los apartados 3, 4, 5 y 6 del artículo 23.

Artículo 25. Segunda prórroga de excepción

1. En circunstancias excepcionales, cuando no haya sido corregida la causa que motivó la solicitud en los dos períodos autorizados, el gestor podrá solicitar una segunda prórroga que, con informes favorables del municipio, en su caso, y de la autoridad sanitaria, el Ministerio de Sanidad y Consumo tramitará la solicitud a la Comisión Europea por un período no superior a tres años.

2. En este caso, tres meses antes de que finalice el segundo período autorizado, el gestor deberá presentar a la autoridad sanitaria la siguiente documentación:

- a. Copia del escrito del gestor al municipio, en su caso, comunicando la solicitud de la segunda prórroga.
- b. La solicitud, que se ajustará al modelo de impreso recogido en la parte A del anexo VI.
- c. Original y copia de un nuevo informe documental actualizado.

Al finalizar el segundo período autorizado, el gestor remitirá a la autoridad sanitaria original y copia del nuevo estudio de situación.

3. La autoridad sanitaria remitirá a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo la solicitud, el informe documental y el estudio de situación, acompañados de un informe técnico de la autoridad sanitaria justificativo de la tramitación de la solicitud de la segunda prórroga de la autorización de excepción.
4. El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación con la autoridad sanitaria, el gestor y el municipio, en su caso, elaborarán un informe sobre la necesidad de una segunda prórroga que se remitirá a la Comisión Europea junto al resto de la documentación.
5. El Ministerio de Sanidad y Consumo notificará la decisión de la Comisión Europea a la autoridad sanitaria, al gestor y al municipio en un plazo no superior a una semana.

La comunicación a los consumidores y a los otros gestores afectados del abastecimiento de esta segunda prórroga de excepción se realizará según lo previsto en el apartado 6 del artículo 23.

Artículo 26. Situación de excepción de corta duración

1. Cuando se prevea que con las medidas correctoras pueda resolverse el problema en un plazo máximo de 30 días y cuando el incumplimiento del valor paramétrico sea considerado por la autoridad sanitaria como insignificante, el gestor solicitará a la autoridad sanitaria la autorización de excepción de corta duración, siempre que el valor propuesto no pueda constituir un peligro para la salud humana.
2. La solicitud de autorización de excepción de corta duración constará, al menos, de:
 - a. La solicitud, que se ajustará al modelo de impreso recogido en la parte A del anexo VI.
 - b. Plan de medidas correctoras con el cronograma de trabajo previsto.
 - c. Propuesta de comunicado para transmitir a la población afectada la situación.
3. La autoridad sanitaria tendrá un plazo de 10 días para notificar la autorización de la solicitud, a partir de la entrada de la documentación en el registro del órgano competente para su tramitación.
4. Una vez autorizada la excepción y notificada al gestor, este comunicará antes de las 24 horas, a los consumidores y a los otros gestores afectados la nueva situación, y facilitará, en coordinación con la autoridad sanitaria, recomendaciones sanitarias a la población o a grupos de población para los que dicha excepción pudiera representar un riesgo para la salud.

Caso 3:
Alimentos funcionales

Macario Alemany

*Profesor de Filosofía del Derecho
de la Universidad de Alicante*

1. Resumen descriptivo de la situación

1.1. La búsqueda de una mejor salud a través de la alimentación

En los últimos años, el consumo de los denominados «alimentos funcionales» se ha ido generalizando hasta el punto de constituir una de las novedades más relevantes en los hábitos sociales de alimentación. Este hecho debe interpretarse como integrado en un fenómeno más amplio, que arranca a principios del siglo xx y continúa profundizándose y extendiéndose en la actualidad, por el que la búsqueda de una «salud óptima», «un cuerpo perfecto», «una juventud eterna», etc., ha llegado a constituirse en un factor decisivo de los «estilos de vida»; se trata de la asunción de una verdadera «ideología de la salud», de acuerdo con la cual la salud constituye un objetivo último en todo plan de vida razonable, algo deseable por sí mismo, un deber tanto o más que un derecho.¹

Forma parte de la experiencia cotidiana la omnipresencia del valor salud en la sociedad de la imagen, la comunicación y el consumo. En nuestro tiempo, lo «saludable» ha llegado a ocupar un puesto prioritario y sirve para evaluar relaciones y situaciones que anteriormente se valoraban por sí mismas o por criterios últimos diferentes: por ejemplo, las relaciones personales, incluso sentimentales, pueden calificarse —o descalificarse— según sean saludables o tóxicas, el ocio puede ser «saludablemente activo» o «patológicamente pasivo», los edificios pueden «enfermar», etc. Por supuesto, la dieta, más allá del umbral de la satisfacción de la necesidad humana básica de alimentarse, ya no es juzgada, en este contexto cultural, únicamente por el valor tradicional de «el placer en el comer», sino, de nuevo prioritariamente, por su capacidad de mejorar la salud, de promover una vida más larga, una plenitud física, un cuerpo más bello, etcétera.

Las causas del desarrollo y proliferación de la «ideología de la salud» son bien conocidas por los historiadores. A grandes rasgos, conviene recordar que no es exagerado describir el siglo xx como el del triunfo de la ciencia y la profesión médicas (la Edad de Oro de la medicina),² así como el de la implicación de los Estados en la salud de la población, desarrollándose una economía política del bienestar, con enormes implicaciones sociales, jurídicas, políticas y econó-

micas.³ Después de una primera etapa centrada en la mejora y aumento de las fuerzas productivas de los Estados (reforzamiento y reproducción de la mano de obra), desde los años cincuenta del pasado siglo y hasta el comienzo de los setenta se desarrolla una «medicina comunitaria», que en los países de Europa occidental genera gigantescos sistemas de salud pública y de acuerdo con la cual la salud se configura como un derecho universal.⁴ De la crisis de estos sistemas de salud pública, en la cual todavía nos hallamos inmersos, para el objeto de este informe, hay que destacar lo siguiente: a) se produce un continuo trasvase de recursos y prestaciones del sector público al privado; b) la preocupación por cumplir los objetivos tradicionales de la salud pública va siendo desplazada por una política económica de la medicina centrada en la eficiencia (entendida como una *ratio* correcta entre costes y beneficios), de manera que, por ejemplo, la prevención es valorada principalmente por su capacidad de evitar los costes superiores del tratamiento;⁵ c) la comprensión social del derecho a la salud se va modulando en dos direcciones: primera, la conciencia creciente en una responsabilidad personal en la salud propia (alentada dicha responsabilidad tanto por las agencias públicas, preocupadas por disminuir costes, como por los agentes privados, orientados a maximizar beneficios) y, segunda, la creencia, igualmente generalizada, en que, por lo que respecta a la salud, el individuo es soberano y, por tanto, él es quien debe decidir. Esto último es fundamental: paradójicamente, como culminación de un largo período de aumento continuado del prestigio de la medicina (cimentado en su victoria sobre las enfermedades infecto-contagiosas), dicho prestigio se independiza del de la profesión médica (cada vez más, vista como simple proveedora de servicios) y los ciudadanos afirman su derecho a juzgar las vías más adecuadas para obtener la «salud perfecta», ya sean estas recorridas por la medicina convencional o por «medicinas alternativas», ya sean vinculadas a la ingesta de píldoras no medicamentosas (sin receta médica), o, especialmente para lo que nos interesa, diseñando ellos mismos una alimentación no solamente saludable en el sentido de no dañina, sino una alimentación que tiene como efecto directo producir «salud».

Para terminar esta breve contextualización del problema, conviene recordar, como han destacado Bernabeu y Trescastro, que el fenómeno actual de los alimentos funcionales recuerda enormemente a lo ocurrido con las vitaminas

en torno a los años veinte del pasado siglo: durante un tiempo, a partir del descubrimiento de la relación entre la carencia de vitaminas y algunas enfermedades, se popularizó la idea de que las vitaminas podían curarlo todo. Se trataría de «modas» que desbordan enormemente el ámbito de los hechos científicos sobre la relación entre algunos componentes de los alimentos y ciertas enfermedades. Desde entonces y hasta ahora, el prestigio alcanzado por las vitaminas ha generado un consumo excesivo de las mismas, ya sea por medio de pastillas o de alimentos reforzados (como los omnipresentes cereales para el desayuno), no siempre inocuo por lo que a la salud se refiere y, en muchos casos, fútil y, por tanto, dañoso para la economía de los consumidores (dado el mayor coste pagado por el refuerzo vitamínico).⁶

Estos autores recuerdan igualmente que la concepción de los alimentos como agentes terapéuticos no es nueva: «Durante la primera mitad del siglo xx —explican Bernabeu y Trescastro—, el enfoque de los nutricionistas se había centrado en los nutrientes esenciales, aquello que denominaríamos la “nutrición adecuada”, durante la segunda mitad del siglo xx, además de insistir en la importancia de una alimentación adecuada en la prevención de determinados problemas de salud, el interés se empezó a orientar progresivamente hacia los compuestos bioactivos de los alimentos y el papel de la alimentación en la promoción de la salud, lo que conocemos como “nutrición óptima”, al reconocer que la dieta, iría más allá de su mera contribución nutricional».⁷

1.2 El concepto de alimento funcional

En torno al concepto de «alimento funcional» se han planteado algunos problemas y no es infrecuente que los especialistas pongan de manifiesto la dificultad para encontrar una definición de consenso.⁸ Por ejemplo, Roberfroid, uno de los científicos más destacados en la materia, ha sostenido que «un alimento funcional no es y, sin duda, no será una entidad definida o caracterizada porque una gran variedad de productos alimentarios son o serán, en el futuro, catalogados como tales. No hay pues y no habrá probablemente una definición simple y universal de alimento funcional, que es sobre todo un concepto».⁹ Sin embargo, el propio Roberfroid y, en general, todos los autores interesados en el tema no suelen tener mayores problemas

para proponer una «definición». Así, por ejemplo, en el documento de consenso sobre «Conceptos científicos de alimentación funcional en Europa», se propone (inmediatamente después de afirmar que «no existe una definición universalmente aceptada de alimento funcional») lo siguiente:

“A food can be regarded as ‘functional’ if it is satisfactorily demonstrated to affect beneficially one or more target functions in the body, beyond adequate nutritional effects, in a way that is relevant to either an improved state of health and well-being and/or reduction of risk of disease. Functional foods must remain foods and they must demonstrate their effects in amounts that can normally be expected to be consumed in the diet: they are not pills or capsules, but part of a normal food pattern.

*A functional food can be a natural food, a food to which a component has been added, or a food from which a component has been removed by technological or biotechnological means. It can also be a food where the nature of one or more components has been modified, or a food in which the bio-availability of one or more components has been modified, or any combination of these possibilities. A functional food might be functional for all members of a population or for particular groups of the population, which might be defined, for example, by age or by genetic constitution”.*¹⁰

En una línea parecida, en el debate organizado por la Fundació Víctor Grífols i Lucas, del que este informe trae causa, Miguel Ángel Royo proponía la siguiente definición: «Un alimento funcional es aquel que, consumido dentro de la dieta normal, produce efectos positivos sobre la salud y la prevención de enfermedades, más allá de su papel como fuente material y energética para el organismo. Un alimento funcional puede serlo de forma natural, por adición o reducción de componentes biológicamente activos o por alteración de la biodisponibilidad de los mismos». Y un último ejemplo de definición propuesta por especialistas en salud pública: «Un alimento funcional es aquel que contiene un componente, nutriente o no nutriente, con actividad selectiva relacionada con una o varias funciones del organismo, con un efecto fisiológico añadido por encima de su valor nutricional y cuyas acciones positivas justifican que pueda reivindicarse su carácter funcional (fisiológico) o incluso saludable».¹¹

De lo anterior, resulta evidente que si hay definiciones de alimentos funcionales que recaban un consenso notable, el problema es que la definición de *alimento funcional* es ella misma una definición funcional o finalista, lo cual genera siempre una indeterminación con respecto a qué concretas características estructurales o de otro tipo quedan necesariamente vinculadas a tal función, pudiendo ser el caso que ninguna característica en particular sea necesaria. De ahí que casi cualquier alimento sea potencialmente un alimento funcional; basta para considerarlo como tal el que alguno de sus efectos en el organismo, más allá de los meramente nutricionales, sea visto como funcional.¹² Algunos alimentos son elaborados específicamente para que sean funcionales, los denominados «nuevos alimentos», pero otros, los alimentos «tradicionales», pueden ser eventualmente considerados (y comercializados) como funcionales. Si en un principio se reservó la etiqueta de «funcionales» para los nuevos alimentos, en la actualidad hay que aceptar el concepto amplio.¹³

De lo anterior se desprende que quizás lo más interesante sea poner el foco sobre la noción de *declaración funcional*. De esta manera, por alimentos funcionales cabría entender aquellos «cuyas características hacen verdadera una declaración funcional sobre los mismos, ya sea de propiedades nutricionales, de propiedades saludables o de reducción del riesgo de enfermedad».

Para aclarar, a su vez, el concepto de declaraciones nutricionales podemos acudir a la legislación europea, en particular al *Reglamento (CE) n° 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de diciembre de 2006* relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos, el cual en su artículo 2 establece lo siguiente:

- 4) Se entenderá por «declaración nutricional» cualquier declaración que afirme, sugiera o dé a entender que un alimento posee propiedades nutricionales benéficas específicas con motivo de:
 - a) el aporte energético (valor calórico)
 - i) que proporciona,
 - ii) que proporciona en un grado reducido o incrementado, o
 - iii) que no proporciona, y/o de

- b) los nutrientes u otras sustancias
 - i) que contiene,
 - ii) que contiene en proporciones reducidas o incrementadas, o
 - iii) que no contiene.
- 5) Se entenderá por «declaración de propiedades saludables» cualquier declaración que afirme, sugiera o dé a entender que existe una relación entre una categoría de alimentos, un alimento o uno de sus constituyentes, y la salud.
- 6) Se entenderá por «declaración de reducción del riesgo de enfermedad» cualquier declaración de propiedades saludables que afirme, sugiera o dé a entender que el consumo de una categoría de alimentos, un alimento o uno de sus constituyentes reduce significativamente un factor de riesgo de aparición de una enfermedad humana.

El lector podrá encontrar ejemplos de estas declaraciones en muchos de los envases de los alimentos que suele consumir: por ejemplo, «contiene Omega-3», «sin grasa», «0% de azúcares», «ayuda a tus defensas», «una deliciosa manera de cuidar el corazón», «light», «con aceites 100% vegetales que cuidan tu corazón», «libre de colesterol», «ayuda naturalmente a bajar el colesterol», «fuente de fibra», «mejora tu rendimiento», «rico en fitoesteroles», «calcio», «le ayuda a concentrarse», etcétera.

1.3 La perspectiva bioética sobre los alimentos funcionales

Desde un punto de vista bioético, hay variedad de perspectivas desde las que se puede considerar el tema de los alimentos funcionales. Aquí interesa centrarse en el ámbito de la salud pública y, más en concreto, el fenómeno que queremos analizar es el del consumo *social* (consumo generalizado por grupos de población) de alimentos funcionales en el mercado de los alimentos (en adelante, *el contexto de la salud pública*). No nos vamos a ocupar, por consiguiente, de otros dos posibles contextos de análisis: en primer lugar, el contexto del consumo *individual* de alimentos funcionales en el marco de una relación de consumo asesorada (mediada) por un experto (dietista/

nutricionista y/o médico) y, en segundo lugar, el contexto del consumo *individual* de alimentos funcionales no mediado por ningún consejo nutricional o médico.

En definitiva, el caso que nos ocupa se podría enunciar de la siguiente manera:

¿Qué problemas éticos suscita la práctica generalizada en nuestro país, y con diversas modulaciones en el conjunto de los países desarrollados, de promocionar la venta de alimentos con declaraciones nutricionales y de salud, esto es, de priorizar el carácter funcional de los alimentos (tradicionales y nuevos) sobre su perfil nutricional o su papel relativo en el conjunto de una dieta saludable?

2. Principales problemas y principios éticos afectados, posibles conflictos de intereses, y consecuencias previsibles o reales

En el ámbito de la bioética, se ha producido un importante consenso en los últimos años en torno a la validez de una serie de principios, entendidos como normas morales muy generales, que establecen obligaciones «*prima facie*» (en abstracto) y que no están jerarquizados, de manera que la determinación de las obligaciones en concreto, para un caso particular, depende de cómo se ponderen dichos principios a la luz de las circunstancias del caso.¹⁴ Tales principios son los bien conocidos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. A continuación, se ordenan en torno a cada principio una serie de preguntas que hemos considerado más relevantes o, al menos, ineludibles sobre bioética y alimentos funcionales. Es importante advertir que obligadamente cada una de las preguntas tiene que ver con más de un principio (pues, en otro caso no se plantearía como un problema), pero se presentan como vinculadas más directamente a un principio que a los otros. Finalmente, cabe constatar que en los consensos que constituyen el transfondo de la bioética se concede una cierta preeminencia al principio

de autonomía, de manera que la *libertad* (en este caso, de vender o consumir alimentos) constituye la atmósfera, por así decirlo, en la que se tratan de justificar algunas plausibles «interferencias en la libertad», siempre como excepciones.

2.1 Cuestiones relativas a los principios de beneficencia y no maleficencia

Las cuestiones relativas a los principios de beneficencia y no maleficencia se pueden dividir, a su vez, en cuestiones principalmente relacionadas con el balance de daños y beneficios y en cuestiones principalmente relacionadas con la responsabilidad de los agentes (administración pública, científicos, industria alimentaria, etcétera).

- 2.1.1.** ¿Cual es el balance beneficio/riesgo de permitir el uso de las alegaciones de salud como estrategia de *marketing* de alimentos? ¿Cabe esperar beneficios, en el contexto de la salud pública, de la libre distribución de alimentos funcionales? ¿Está la ciencia en condiciones de probar dichos beneficios en el contexto de la salud pública? ¿Es plausible sostener, incluso, que la libre distribución de alimentos funcionales conlleva la existencia de riesgos relevantes para la salud? ¿Puede contribuir el *marketing* de las declaraciones nutricionales y de salud al abandono de dietas saludables e, incluso, de tratamientos farmacológicos adecuados?
- 2.1.2.** ¿Cabe entender que la profusa regulación jurídica sobre declaraciones nutricionales, más allá de sus manifiestas funciones de control, ha cumplido una función latente de legitimación del comercio de alimentos basado en dichas declaraciones? ¿Está en condiciones la industria de la alimentación de justificar los beneficios (o, al menos, la ausencia de daños) sobre la población en general de la libre distribución de alimentos funcionales? ¿Se constata una colusión de intereses entre la industria, la ciencia y los reguladores públicos que supone un conflicto con el interés general?

2.2. Cuestiones relativas al principio de autonomía y, en particular, en lo relativo a las condiciones «que deben darse para llevar a cabo un acto de consumo libre e informado»

¿Las declaraciones nutricionales reúnen las condiciones adecuadas de «información» clara, completa y comprensible por el consumidor medio? ¿Hasta qué punto es razonable esperar que el consumidor sea un experto en nutrición, capaz de manejar de forma adecuada la información de las declaraciones de salud, en etiquetados de alimentos que llegan a semejar prospectos farmacéuticos? ¿Las reticencias a la adopción de iniciativas como la del semáforo nutricional o a informar sobre cualidades «negativas» de los alimentos, tales como las «grasas trans», pone de manifiesto que estamos ante una nueva forma de propaganda y no de una mayor información sobre los alimentos? ¿Estamos ante una situación de mayor información o de mayor manipulación? ¿Se está haciendo del conocimiento científico una herramienta de *marketing*? ¿Hay grupos particularmente vulnerables, como los niños o las personas con limitaciones cognitivas, que deban ser especialmente protegidos frente a técnicas agresivas de *marketing* de la industria?

2.3. Cuestiones relativas al principio de justicia

2.3.1. ¿Hay una vinculación entre la adecuación de la dieta y los niveles de renta? ¿Es necesario prestar atención a las «condiciones de vida» antes que a los «estilos de vida»? ¿Es pausable prever que los alimentos funcionales agudizarán el proceso de abandono del modelo de la dieta mediterránea de los consumidores de menor renta, cuyas condiciones objetivas de vida dificultan el desarrollo de estilos de vida saludables? ¿Se está atendiendo adecuadamente las necesidades de los grupos especialmente vulnerables, por ejemplo diabéticos o celíacos? ¿Se están generando condiciones para que haya un acceso equitativo a los beneficios de los alimentos funcionales (en los casos concretos donde pueda haberlos, particularmente en personas con determinadas enfermedades o condiciones que los requieren bajo

supervisión experta) con independencia de los niveles de renta, desarrollo social, etcétera?

3. Reflexiones para abordar y/o resolver cada uno de los problemas antes mencionados, aportando las decisiones más aceptables y razonables desde la perspectiva de la ética y la salud pública

3.1 Cuestiones relativas a los principios de beneficencia y no maleficencia

3.1.1. Balance daños/beneficios

En primer lugar, hay que afirmar claramente que las declaraciones de salud solo se deberían permitir en aquellos alimentos en los cuales se ha podido demostrar un efecto beneficioso sobre la salud. A este respecto, destacamos que uno de los aspectos actualmente limitantes en el desarrollo de nuevos alimentos funcionales es la carencia de biomarcadores adecuados de salud. Es decir, parámetros validados y eficaces para demostrar que un determinado alimento funcional produce una mejora de la salud en una persona inicialmente sana y/o mejora sus expectativas de salud futura.

Por el momento únicamente hay pruebas científicas sobre la eficacia de algunos alimentos funcionales para grupos poblacionales específicos: por ejemplo, en individuos con niveles de colesterol elevado se ha demostrado la eficacia de alimentos funcionales enriquecidos con esteroides vegetales para normalizar dichos niveles de colesterol. No hay que confundir, en todo caso, las conclusiones teóricas alcanzadas en un trabajo científico, por naturaleza abiertas a la discusión y revisión, con la decisión práctica de autorizar la comercialización de un alimento funcional o de recomendar su consumo de forma generalizada.¹⁵ Sobre esto último, debemos tener presente que no hay

todavía pruebas científicas sobre que la introducción en el mercado de alimentos funcionales produzca una mejora en la salud general de la población.

Necesitamos herramientas que permitan evaluar el impacto tanto sobre las pautas de consumo de la población como sobre la salud a largo término. La profusión de alimentos funcionales en el mercado puede conllevar alteraciones en las pautas de consumo que conlleven una ingesta excesiva de determinados compuestos y en conjunto contribuyan a una dieta desequilibrada, un relajamiento de hábitos dietéticos correctos o, incluso, una modificación de pautas farmacológicas. Volviendo al ejemplo anterior, los alimentos con esteroides vegetales no solo producen descensos de colesterol, sino también de los niveles de carotenoides (antioxidantes con múltiples efectos beneficiosos), por lo que deben consumirse en el marco de una dieta rica en vegetales.¹⁶ Si bien la normativa conlleva realizar estudios de seguimiento para conocer el impacto de la ingesta de un determinado alimento funcional (por ejemplo para regular los niveles de colesterol), en este contexto, es relevante disponer de herramientas que permitan valorar la influencia sobre la salud de la población del conjunto de todos los alimentos funcionales disponibles en el mercado.

En el contexto de la salud pública, los beneficios esperables de los alimentos funcionales son una función (en sentido matemático, no organicista) de diversas variables, entre ellas, de forma destacada: la educación de los consumidores en materia de nutrición y dietética, la dieta globalmente considerada y los estilos de vida más o menos activos. Cada una de estas variables tiene factores objetivos y subjetivos. Los primeros, los factores objetivos, no afectan por igual a toda la población, sino que tienen un fuerte sesgo según las clases sociales: así, para los individuos pertenecientes a grupos de rentas bajas, las posibilidades de acceder a una educación nutricional adecuada, de componer racionalmente su dieta o de modificar su estilo de vida serán igualmente bajas (las «condiciones de vida» hacen que el «estilo de vida» no sea consecuencia de una elección).¹⁷ De nuevo hay que insistir en que no cabe afirmar, desde un punto de vista científico, que la libre distribución de alimentos como funcionales (por medio de declaraciones nutricionales en el envasado) vaya a producir efectos beneficiosos en la salud de la población en

general. Más bien al contrario, se constata que más de la mitad de los productos alimentarios con alegaciones de salud anunciados por televisión en España tienen un perfil nutricional bajo.¹⁸ De ahí que, cabe suponer que un consumo de los mismos como sustitutos de una dieta adecuada, remedios a la imposibilidad de llevar una vida más activa o contrapeso de otros consumos especialmente dañinos, lejos de proporcionar beneficios agudizará los problemas que se querían evitar.

3.1.2 Responsabilidad de los agentes

En el apartado primero de este informe se ha destacado la tendencia de los últimos años a hacer de la salud, y correlativamente de la enfermedad, un asunto de responsabilidad individual. Recordábamos cómo durante gran parte del siglo xx, los gobiernos fueron asumiendo responsabilidades enormes en la salud de su población, hasta el punto de que se reconociera a la *salud como un derecho*, esto es, como un estado de cosas jurídicamente exigible por el individuo frente al poder público. Con el declinar del Estado del bienestar, iniciado en el último tercio del pasado siglo, tales responsabilidades en la salud de la población han ido deslizándose de un sujeto a otro y parece que, tanto en el ámbito de las ideas como en el de la práctica, todo empuja a que se residencian en el ámbito privado del individuo (responsable de sus «estilos de vida», de su previsión o imprevisión al contratar un seguro de salud, de la elección de su dieta, etcétera). En definitiva, la tendencia es ahora la de ver a la *salud como un deber*.

A esta tendencia, se une otra, mucho más general y profunda, por la cual la especialización en el trabajo (ya sea intelectual o manual, ya sea público o privado) ha multiplicado hasta lo inimaginable las mediaciones, de manera que nadie es *totalmente* responsable de un daño (puesto que todos tienen una participación limitada en la «cadena» productiva) y, cada vez con mayor frecuencia, nadie es *suficientemente* responsable, como para merecer un reproche o asumir una culpa, ya sean de naturaleza moral o jurídica. Se diría que los únicos que aparecen claramente vinculados a un perjuicio son los que lo sufren y, paradójicamente, terminan siendo considerados como los únicos responsables.

De nada sirve, en consecuencia, la reflexión bioética si no se restaura el *principio de responsabilidad*. Ahora mismo, no puede explicarse la regulación del mercado de la alimentación funcional a partir de la dicotomía reguladores-regulados; los regulados influyen en los reguladores, a veces legítimamente y otras no, y, a su vez, los reguladores condicionan el marco de lo posible. Grandes y pequeñas empresas de alimentación, científicos y, en particular, sociedades científicas, organismos reguladores estatales o de otro tipo, organizaciones de consumidores, ONGs como fundaciones etcétera, todos ellos tienen una responsabilidad moral. Los *principios de transparencia* (de manera que se manifiesten los posibles conflictos de intereses que, de otro modo, podrían generar una verdadera colusión de intereses contra la sociedad), *publicidad y veracidad* en relación con los procedimientos de toma de decisiones son exigencias ineludibles del principio de responsabilidad.

3.2. Cuestiones relativas al principio de autonomía y, en particular, en lo relativo a las condiciones que deben darse para llevar a cabo un acto de consumo libre e informado

Desde el punto de vista de la ética de la salud pública, el respeto por la autonomía individual de las personas debe conciliarse con la persecución de objetivos de bienestar general. Dicha conciliación (o ponderación de principios) requiere, entre otras condiciones, que se ponga a disposición de los consumidores una información veraz, clara y completa. Más aún, como ha señalado López Nomdedeu, «los consumidores actuales reciben gran parte de sus conocimientos sobre alimentación/nutrición a través de la publicidad y de los medios de comunicación de masas»;¹⁹ de ahí que la responsabilidad exigible a todos los implicados en el mercado de la alimentación, en particular a la industria alimentaria, vaya más allá de la simple evitación del fraude; es una responsabilidad también en la educación nutricional.²⁰

La veracidad de la información supone que el consumo normal del producto final debe producir el efecto beneficioso declarado. Las declaraciones deben

tener un fundamento científico, mediante la toma de consideración de la totalidad de los datos científicos disponibles y la ponderación de las pruebas. La garantía de una información veraz ha sido el principal aporte de las intervenciones legislativas, fundamentalmente de Derecho Comunitario, sobre alimentos funcionales. Pero hay que advertir que ello se ha hecho a costa de permitir el uso como herramienta de *marketing* de dicha información, que ha sido legitimado de esta manera. La propaganda no es información. Un buen ejemplo de información, en contraste con la propaganda de las declaraciones nutricionales, lo ofrece el sistema de información CDO (cantidades diarias orientativas) en el etiquetado.

La claridad de la información supone la prohibición del uso de información que pueda inducir a error al comprador (por ejemplo, la prohibición del uso de información que atribuya propiedades medicinales a los alimentos). De nuevo, hay que insistir en que la propaganda no es información. La claridad implica tomar en consideración las características normales de un consumidor medio (teniendo en cuenta el grupo poblacional que preferentemente consumirá un alimento). Se diría que algunas iniciativas de información que buscan la claridad y la sencillez (como la del conocido «semáforo nutricional») han sido cuestionadas por sectores de la industria de la alimentación precisamente por esta razón (esto es, por convertirse en información y no en propaganda).

Finalmente, una información completa supone la obligación de informar sobre las propiedades nutricionales globales del alimento (más allá de sus propiedades funcionales). La idea de perfil nutricional de los alimentos, que hace posible una comprensión suficiente de los mismos en términos de su calidad nutricional debe imponerse a la de «funcionalidad»: no parece razonable permitir alegaciones nutricionales y de salud a alimentos que no superen un estándar medio de calidad nutricional. De la misma manera que se legitima la inclusión de información (incluso de «propaganda») sobre propiedades funcionales, es ineludible informar sobre «disfuncionalidades»: por ejemplo, la presencia de «grasas trans».²¹

3.3. Cuestiones relativas al principio de justicia

Es plausible pensar que los alimentos funcionales, en general más caros que los que no se ofertan como tales, sean más consumidos sin embargo por las clases menos adineradas, puesto que los individuos pertenecientes a estas clases encuentran dificultades mayores para seguir «estilos de vida» saludables.²² Los alimentos funcionales pueden ser vistos como un sustituto de una dieta equilibrada o de una vida más activa. Un enfoque éticamente aceptable sobre los alimentos funcionales debería insistir tanto en promover la investigación y desarrollo de funcionalidades beneficiosas para la salud, como en asegurar condiciones equitativas de acceso a dichos beneficios para la población en general. Esto último supone atender a las desventajas de ciertos grupos producidas por la existencia de desigual renta, discapacidad, enfermedad.

De otro lado, la enorme asimetría de poder entre la industria de la alimentación y las organizaciones orientadas a mejorar la salud pública (tanto agencias gubernamentales como no gubernamentales) es un hecho que debe ser tenido en cuenta.

4. Resumen y conclusiones

1. La relevancia bioética de los alimentos funcionales solo puede comprenderse plenamente si se pone en relación con el triunfo de una ideología de la salud, la crisis de los sistemas burocráticos de protección social, la apertura de gigantescos mercados de venta de productos saludables y un fuerte individualismo que hace de la salud un deber más que un derecho.
2. Existe un debate sobre el concepto de alimento funcional, que ha dado lugar a algunas propuestas de definición más o menos coincidentes. Desde el punto de vista de la bioética y en el contexto de la salud pública, conviene poner el acento en la noción de declaración nutricional, por su ambivalencia al poder servir tanto de pura estrategia de *marketing* como de elemento de información para el consumidor.
3. El caso de los alimentos funcionales en el contexto de la salud pública merece un enfoque totalmente diferente del que se le está dando en la

actualidad: no se trata únicamente de garantizar que las declaraciones nutricionales sean verdaderas (lo cual es muy importante), sino además de abandonar la práctica de hacer *marketing* con las promesas de salud que necesariamente entrañan estas alegaciones.

4. Las diversas funcionalidades para la salud de los alimentos merecen ser el objeto de información, no de propaganda. Una información completa y no manipuladora debe comenzar por el perfil nutricional de los alimentos e incluir también aquellas probables disfunciones (previsibles efectos perjudiciales en la salud en un consumo normal). Una propuesta muy concreta es que desaparezcan tales declaraciones de los etiquetados como reclamos publicitarios, y se traten como información relevante (siguiendo el modelo, por ejemplo, de las CDO).
5. La ciencia debe mantener su independencia. Los alimentos funcionales son un campo promisorio de investigación que merece apoyo, tanto privado como público. Sin embargo, los científicos tienen la responsabilidad de no permitir que sus investigaciones terminen avalando promesas de la industria carentes de fundamento. Se trata de una responsabilidad que exige un rol activo en la información al público, en la participación en los organismos reguladores y en la independencia de criterio frente a la industria alimentaria.
6. No hay ninguna razón de peso para abandonar el punto de vista de sentido común, de acuerdo con el cual promocionar una dieta variada y moderada, junto con un estilo de vida activo, es la mejor vía para obtener resultados positivos en el contexto de la salud pública. En la medida en que la proliferación de alimentos funcionales puede contribuir a socavar este equilibrio se deben extremar las cautelas sobre los mismos.
7. Es necesario apoyar a los consumidores de rentas más bajas y grupos vulnerables, como niños, ancianos y personas con déficits cognitivos, frente a la presión del mercado de la alimentación. Los expertos y sociedades profesionales deben hacer un esfuerzo para informar de que los alimentos funcionales no son ni tan necesarios ni tan beneficiosos como la industria pretende. Es necesario igualmente apoyar a los consumidores con necesidades especiales y para los cuales algunas funciones de los alimentos sí que son «por razones médicas» indispensables.

5. Bibliografía

La regulación en torno a los alimentos y, en particular, la relativa a seguridad alimentaria, incluyendo información al consumidor y publicidad es profusa. No obstante, los siguientes documentos jurídicos son particularmente relevantes para este tema:

Reglamento (CE) nº 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos.

Reglamento (UE) nº 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2011, sobre información alimentaria facilitada al consumidor.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición (en particular su capítulo VIII).

En la red se encuentran numerosas páginas referidas a este tema. Son particularmente útiles las siguientes:

European Food Safety Authority: <http://www.efsa.europa.eu/en/topics/topic/nutrition.htm>

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición: http://www.aesan.msc.es/AESAN/web/cadena_alimentaria/subseccion/declaraciones_nutricionales_saludables.shtml

Por supuesto, la bibliografía es también inmensa, más allá de la reseñada en las notas del informe, se considera que las siguientes obras pueden abrir sugerentes perspectivas:

Diplock A.T.; Aggett P.J.; Ashwell M.; Bornet F.; Fern E.B. y Roberfroid M.B. «Scientific concepts of functional foods in Europe: consensus document», *British Journal of Nutrition*, 81, 1999, Suppl. 1, S1–S27.

Hasler C.M. «Health Claims in the United States: An Aid to the Public or a Source of Confusion?», *J. Nutr.* 2008 (138), págs. 1216–1220.

De Benito E. «Los alimentos “light” también engordan». *El País*. Sociedad, 1 de febrero de 2008. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2008/02/01/actualidad/1201820412_850215.html (Consultado el 24 de abril de 2013).

«Position of the American Dietetic Association: Functional Foods», *Journal of the American Dietetic Association*, 109 (4), 2009, págs. 735-746.

Juárez Iglesias, M. y Perote Alejandro, A. (coords.). *Alimentos saludables y de diseño específico. Alimentos funcionales*. Madrid, Instituto Tomás Pascual, 2010.

Dixon H.; Scully M.; Wakefield M.; Kelly B.; Chapman K. y Donovan R., «Parent’s responses to nutrient claims and sports celebrity endorsements on energy-dense and nutrient-poor foods: an experimental study», *Public Health Nutr*, 2011, 14(6), págs. 1071–1079.

Revenga J. y Zudaire M. «Declaraciones nutricionales en los alimentos: confusión e imprecisión». *Eroski consumer*, 10-02-2011. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/curiosidades/2011/02/10/198782.php (Consultado el 24 de abril de 2013).

Cuevas-Casado I.; Romero-Fernández M.M. y Royo-Bordonada M.A. «Uso del *marketing* nutricional en productos anunciados por televisión en España». *Nutr Hosp*, 2012 (27), págs. 1569-75.

6. Notas

1. Porter, D. «The Healthy Body». En: Cooter, R. y Picstone, J. (eds.). *Medicine in the Twentieth Century*, Singapur, Harwood Academic Publishers, 2000, págs. 201-216.
2. Brandt, Allan M. y Gardner, M. «The Golden Age of Medicine?». En: Cooter, R. y Picstone, J. (eds.). *Cit.*, págs. 21-37.

3. Pickstone, J. «Production, Community and Consumption: The Political Economy of Twentieth-Century Medicine». En: Cooter, R. y Picstone, J. (eds.). *Cit.*, págs. 1-19.
4. *Ibidem*.
5. Pickstone, J. «Production, Community and Consumption: The Political Economy of Twentieth-Century Medicine». *Cit.*, pág. 17.
6. Bernabeu, J. y Trescastro, E. «Alimentos funcionales: ¿Necesidad o lujo?». Texto presentado en el «Seminario sobre Bioética y Nutrición 2011: los alimentos funcionales». Universidad de Alicante, 10 de noviembre de 2011.
7. Bernabeu, J. y Trescastro, E. «Alimentos funcionales: ¿Necesidad o lujo?». *Cit.*
8. Véase Bañares, S. «Los alimentos funcionales y las alegaciones alimentarias en la Unión Europea: una somera aproximación jurídica», *Alim Nutri Salud*, 13 (3), 2006, pág. 81.
9. Roberfroid, M.B. «Les aliments fonctionnels: Concepts et stratégie», *J Pharm Belg*, 56 (2), 2001, págs. 43-44.
10. Diplock A.T.; Aggett P.J.; Ashwell M., Bornet F., Fern E.B. y Roberfroid M.B. «Scientific concepts of functional foods in Europe: consensus document», *British Journal of Nutrition*, 81, 1999, Suppl. 1, S1-S27.
11. Silveira Rodríguez, M.B. *et al.* «Alimentos funcionales y nutrición óptima. ¿Cerca o lejos?», *Revista Española de Salud Pública*, 2003, 77, pág. 318.
12. Bajo estas perplejidades sobre la definición de «alimento funcional» subsisten diferentes concepciones sobre lo que es definir. Desde un punto de vista convencionalista, definir es acercar a una expresión («alimento funcional») un conjunto de propiedades intencionales o connotaciones (el concepto de «alimento funcional») de manera que el *definiendum* (lo definido) sea intercambiable por el *definiens* (el concepto). Las definiciones son convencionales, pero no arbitrarias, y tratan de reflejar el uso general que se hace de la expresión, precisar el significado a partir de

dicho uso o establecer un nuevo significado de acuerdo con ciertos propósitos. ¿Dónde reside, entonces, la especial dificultad con la definición de «alimento funcional»? Aparentemente, no se trata de un problema de vaguedad (indeterminación) intensional (las propiedades del concepto), sino de indeterminación extensional, esto es, sobre qué preciso conjunto de alimentos caen bajo la delimitación de «alimento funcional». En el fondo, se constata que los científicos no manejan una noción convencionalista de la definición: se entiende que en el ámbito de las ciencias empíricas, la delimitación del objeto de estudio no depende de una definición, puesto que dichos objetos aparecen como clases naturales, diferenciadas, cuyas propiedades deben ser descubiertas por los investigadores (siendo la definición una descripción de la realidad, más que la atribución de un significado a una expresión lingüística). En este caso, al no constituir los alimentos funcionales una realidad natural distinta del resto de alimentos y definible a partir de sus propiedades naturales, se dice que no puede haber una definición simple y universal porque es sobre todo un «concepto». Se trata, en definitiva, de una concepción esencialista de las definiciones (por contraposición, a una concepción convencionalista).

13. Esta es, por ejemplo, la posición al respecto de la *American Dietetic Association* que incluye, dentro de la categoría de «alimentos funcionales», a los «alimentos convencionales». Véase «Position of the American Dietetic Association: Functional Foods», *Journal of the American Dietetic Association*, 109 (4), 2009, págs. 735-746.
14. Sobre el alcance y límites de este método de ponderación en la bioética, Véase Alemany, M. «El paternalismo médico». En: Gascón, M., González, M. C., y Cantero, J. (coords.). *Derecho sanitario y bioética. Cuestiones actuales*. Valencia, Tirant Lo Blanch, 2011, págs. 745-788.
15. La necesidad de una continua revisión de las pruebas sobre los efectos de los alimentos funcionales es puesta de manifiesto por muchos estudios. Véase como ejemplo: González Díaz, C.; Meléndez Illanes, L. y Álvarez-Dardet, C. «Alimentos como medicamentos: La delgada línea divisoria entre la industria farmacéutica y la industria alimentaria», *Rev Esp Salud Pública*, 2012 (86), págs. 313-317.

16. Véase nota 15.
17. En una investigación realizada por la CEACCU (Confederación Española de Organización de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios), en 2008, sobre el consumidor y el nuevo etiquetado de los alimentos, entre otras conclusiones se alcanzó la siguiente: «Las personas entrevistadas de mayor nivel educativo se muestran más críticas y ponen en tela de juicio los numerosos beneficios que la publicidad difunde». Véase López Nomdedeu, C. «El consumidor y su actitud ante los alimentos funcionales en el contexto de una dieta saludable». En: Juárez Iglesias, M. y Perote Alejandro, A. (coords.). *Alimentos saludables y de diseño específico. Alimentos funcionales*. Madrid, Instituto Tomás Pascual, 2010, pág. 204.
18. Cuevas-Casado, I.; Romero-Fernández, M.M. y Royo-Bordonada, M.A., «Uso del *marketing* nutricional en productos anunciados por televisión en España», *Nutr Hosp*, 27, 2012, págs. 1569-75.
19. López Nomdedeu, C. «El consumidor y su actitud ante los alimentos funcionales en el contexto de una dieta saludable». *Cit.*, pág. 201.
20. Los escépticos sobre el poder de la industria alimentaria para modificar los hábitos sociales de alimentación (a peor) pueden contrastar su escepticismo con el siguiente libro: Ritzer, G. *La McDonalización de la sociedad. Un análisis de la racionalización de la vida cotidiana*. Barcelona, Ariel, 2002. En la misma línea, aunque mucho más ligeras, son las consideraciones presentadas en: Alemany, M. «*Super size me* y *Fast food nation*: la denuncia de algunas realidades indecentes en torno a la alimentación humana». *Quaderns de Cine*. N. 4 (2009), págs. 7-12.
21. Hay que advertir una evolución en el Derecho Comunitario en el sentido defendido por este informe. Así, en el Reglamento (CE) nº 1169/2011 del Parlamento y del Consejo, de 25 de octubre de 2011, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor, de un lado se prohíbe que la información alimentaria en el etiquetado atribuya a ningún alimento propiedades de prevenir, tratar o curar ninguna enfermedad humana, ni hacer referencia a tales propiedades (art. 7.3) y, de otro lado, se convierten en obligatorias para algunos alimentos declaraciones nutricionales y de propiedades saludables que anteriormente eran voluntarias, precisándose con detalle su presentación. Este es el caso de los alimentos con fitosteroles, ésteres de fitosterol, fitostanoles o ésteres de fitostanol, para los cuales se indicará (obligadamente) que «el alimento está destinado exclusivamente a las personas que desean reducir su nivel de colesterol en sangre», «que los pacientes que toman medicación para reducir su colesterolemia solo deben consumir el producto bajo control médico», que el alimento forma parte de una «dieta equilibrada y variada, que incluya un consumo regular de fruta y verdura para ayudar a mantener los niveles de carotenoides», etcétera (véase Anexo III, en relación con el art. 10.1). Vemos que, por lo que respecta a estos productos, claramente se tratan a las declaraciones nutricionales como «información» y no como publicidad.
22. En la actualidad asistimos a una superposición epidemiológica nutricional, de manera que a la desnutrición se superpone la obesidad. Como es sabido, la «epidemia» de la obesidad se extiende por las clases de menor renta en los países ricos, la cual consume en mayor medida alimentos de baja calidad pero comercializados como «comidas rápidas», «precocinados», etcétera. Las «condiciones de vida» imponen «estilos de vida». Véase Aguirre, P. *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires, Capital Intelectual, 2004.

FUNDACIÓN
VÍCTOR BALBUENA
CARRASCO
LIT

Resumen, valoraciones y expectativas

Andrea Burón

José Miguel Carrasco

Coordinadores

El segundo encuentro sobre ética y salud pública, celebrado en el Lazareto de Mahón durante los días 11 y 12 de septiembre de 2012, se dedicó al análisis y debate de tres situaciones distintas, seleccionadas entre las muchas que se deben afrontar desde la salud pública, particularmente desde los servicios sanitarios de salud pública, aunque de modo más general puede decirse que también desde otros sectores de la sociedad.^a

Tres situaciones que, como es lógico, fueron seleccionadas por su interés desde la perspectiva de la ética, pero también por tratarse de aspectos de actualidad que resulta oportuno analizar y debatir. Y, en definitiva, porque fueron estas las que resultaron más factibles de llevar a cabo de entre todas las que se fueron presentando en la dinámica de trabajo seguida, tal y como se ha explicado en la presentación del cuaderno.

Claro que no solo se trataba de analizar y de debatir, sino también de compilar un material susceptible de usarse para la orientación y la formación de los salubristas. Como consecuencia de los compromisos adquiridos en el primer encuentro, convenía contribuir al desarrollo de la aplicación de la ética en el ámbito de la salud pública mediante la presentación de ejemplos que pusieran de manifiesto la utilidad de introducir consideraciones éticas en este campo. Y que, a su vez, proporcionaran criterios y experiencias útiles para mejorar las intervenciones que se llevan a cabo desde la salud pública en situaciones como las presentadas y que, además, fueran también aplicables a situaciones similares. No en vano se refieren aspectos generalizables de la práctica profesional. Pero no solo para mejorar la calidad de las actividades de la salud pública, en el sentido de proteger más y mejor la salud de la población, que es en el que habitualmente pensamos, sino también y sobre todo, para tener en cuenta la existencia de intereses y de valores diversos que eventualmente pueden resultar conflictivos y plantear dilemas de carácter ético. Intereses y valores que, a menudo, no tenemos tan presentes como debiéramos.

a. Conviene recordar que las intervenciones de salud pública no se llevan únicamente a cabo desde el sistema sanitario. Muchas de las actividades colectivas de protección de la salud, desde la garantía de salubridad de viviendas y edificios, hasta la seguridad viaria, son responsabilidad de sectores ajenos a la sanidad.

Es necesario tenerlos en cuenta con el propósito de actuar de la forma más justa posible y, en cualquier caso, para poder compartir los argumentos y las razones que justifican una determinada medida de salud pública. Todo lo cual debería, deseablemente, redundar en una mayor comprensión de las intervenciones salubristas por parte de la ciudadanía y, en consecuencia, para incentivar la participación activa de las personas en los asuntos comunitarios relacionados con la salud. Una implicación necesaria si pretendemos superar el tradicional dilema que enfrenta a la salud pública —como institución colectiva— con la bioética, la contraposición entre los derechos individuales y el bien común.

Como es obvio, la salud pública opera en el ámbito de las poblaciones y por ello acentúa la salvaguarda de los intereses del conjunto y lo hace incluso en contraposición a los intereses de algunos individuos o grupos. Una contraposición que puede llegar a ser conflictiva y que requiere abordar adecuadamente dilemas éticos complejos, pero que resulta menos ardua si admitimos que las facetas de la naturaleza humana incluyen la física, la espiritual y la comunitaria; no en vano somos una especie animal, racional y social, características que se corresponden con las que abarca la definición de salud adoptada por la OMS en 1948, la somática, la mental y la social.

El recurso a la ética desde la salud pública puede entenderse pues como una opción más deliberativa y dialogante, en cierto modo complementaria de la que implica la bioética para proteger los derechos de las personas; en este caso para proteger el derecho de la comunidad a la protección de la salud, es decir, la dimensión colectiva que todas las personas compartimos.

Volviendo a las razones para seleccionar los tres casos objeto de este cuaderno, cabe destacar ahora su naturaleza potencialmente ejemplar, la capacidad de generalizar criterios y argumentos, de modo que puedan ser de ayuda frente a situaciones similares. En este sentido viene a colación tener en cuenta las consecuencias potencialmente negativas que las propias medidas de protección pueden comportar. Un efecto indeseable que debería ser menor que las consecuencias positivas que esperamos obtener. Así, y a modo de ejemplo, la experiencia frente al Síndrome Respiratorio Agudo y Grave (SARS) resulta útil tanto para el primer caso como para el tercero de los presentados. En efecto, la disminución del PIB que experimentaron algunas economías del sudeste asiático como consecuencia de la implementación de

drásticas medidas para evitar la propagación del SARS, tuvo un impacto negativo sobre algunos de los factores que, de forma colectiva, condicionan la salud de la población.¹

1. Corolario de los casos

Primero

Así pues, el análisis de la reacción sanitaria frente a la pandemia gripal puede ser ilustrativo y aleccionador no solo frente a una amenaza tan específica, sino también en los casos en los que se esperan epidemias más o menos desconocidas y más o menos peligrosas. Interés que se incrementa dadas las notorias polémicas acerca de la pertinencia y la justificación de las medidas que se pusieron en práctica. Así por ejemplo, la posición de la Fundación de Ciencias de la Salud en el sentido que «todo exceso en la prevención de una epidemia está justificado»² contrasta con la actitud de SEPAS³ o del blog «Gripe y calma» (<http://gripeycalma.wordpress.com/>) o el artículo de Tarantola,⁴ editor adjunto del *Journal of the American Public Health Association* antes de que se produjera la pandemia, en el sentido de que llegara o no llegara habría víctimas (directas si llegaba o indirectas por lo que se habría dejado de hacer para prepararnos si no llegaba).

Entre las conclusiones y recomendaciones del encuentro debe destacarse la importancia de la planificación anticipada de la respuesta a una eventual epidemia, si bien, siempre que se ajusten las reacciones a la evolución experimentada por el problema de salud, para lo cual es conveniente utilizar indicadores adecuados de gravedad que permitan modular la intensidad de las actuaciones preventivas y de control. Lo que debería garantizar en lo posible la proporcionalidad de las respuestas para reducir al mínimo los efectos adversos insoslayables.

Segundo

En cambio, el interés por la situación que plantea la existencia y sobre todo la publicidad de los alimentos funcionales nace de constatar que, al menos en

algunos casos, se generan expectativas exageradas sobre su potencial impacto benéfico, en términos de promover la salud de la población y, en otros casos, incluso se podrían propiciar comportamientos alimentarios de cierto riesgo para la salud. Un peligro que, aunque sea siquiera parcialmente, puede ser consecuencia de la insistencia de los propios servicios de salud pública en la importancia de seguir una dieta y hábitos alimenticios saludables y, más concretamente, en recomendaciones particulares sobre el papel de algunos alimentos o complementos alimentarios que serían percibidos más como amuletos milagrosos que como nutrientes con efectos específicos.

El encuentro recomienda distinguir claramente la información de la propaganda. Y que la información debe incluir el perfil nutricional de cualquier alimento. Las potencialidades de los alimentos funcionales merecen investigarse adecuadamente, puesto que pueden proporcionar ayudas apreciables para el control de algunos problemas de salud en casos determinados. Sin embargo no suponen, por ahora al menos, un elemento básico de la promoción de una alimentación saludable que sigue basándose en la importancia de la medida, el equilibrio y en la variedad.

Tercero

Finalmente, los servicios de salud pública, al menos en España, se enmarcan en instancias gubernamentales, de modo que hace apenas cuarenta años dependían del Ministerio de la Gobernación y habitualmente estaban al servicio de las autoridades locales. Una característica que los diferenciaba de los servicios sanitarios de nuestro entorno. Aunque cada vez están más integrados en los sistemas sanitarios, gracias a la Ley General de Salud Pública de ámbito estatal y en su caso a las leyes autonómicas vigentes, todavía ejercen como autoridad sanitaria, lo que implica una peculiaridad a la hora de establecer jerarquías y responsabilidades profesionales.

Y dado que las decisiones en el ámbito de la protección de la salud también acostumbran a tener pros y contras, es decir, pueden producir beneficios a la comunidad en su conjunto —que es lo que se espera— pero también perjuicios, sobre todo a particulares o a empresas, que pueden llegar a afectar

también a la comunidad si las medidas tomadas son ineficaces, ineficientes o desproporcionadas.

El encuentro consideró que, frente a las potenciales discrepancias en las valoraciones que desde sus distintos ámbitos de competencias y responsabilidades hacen los profesionales y las autoridades de los riesgos para la salud detectados en el ejercicio de las actividades de protección de la salud comunitaria, habría que considerar la posibilidad de potenciar el papel interlocutor y mediador de comités multidisciplinares, agencias u otro tipo de instituciones, entre las que cabe incluir a las propias sociedades científicas y profesionales.

2. Valoración de los participantes

La experiencia de este segundo encuentro ha sido valorada por los participantes de forma satisfactoria, incluso mejor que la elevada valoración del primer encuentro sobre ética y salud pública. En efecto, según las 20 encuestas cumplimentadas de 23 posibles, el encuentro satisfizo casi completamente las expectativas de los participantes ya que la media obtenida en este apartado fue de 4,5 en una escala del 0 al 5 (4,5). Aunque la valoración de la utilidad para las propias actividades profesionales se quedó en 4,25, el grado de utilidad de las conclusiones mereció un 4,65. Todavía más favorable fue la percepción de las condiciones para el debate y el intercambio de experiencias, que obtuvo una puntuación media de 4,80. Un poco menor fue la valoración de la capacidad comunicativa de coordinadores y ponentes, la media fue de 4,65. Y a la pregunta sobre si recomendaría la participación en encuentros similares a otros colegas llegó a 4,55.

3. Expectativas próximas

Dada la buena aceptación del cuaderno anterior,⁵ y en el supuesto que el presente cuaderno tenga una buena acogida y se utilice como material docente en las actividades formativas de los estudiantes de salud pública, ya sea en los programas de postgrado o en los grados en los que se imparten asignatu-

ras de salud pública (cita Davos M.C. *et al. Gaceta Sanitaria*. Encuentro de Mahón sobre la enseñanza de la salud pública en los grados universitarios de sanidad), o en las actividades de formación continuada o formación en servicio de los mismos profesionales de la salud pública, parece oportuno continuar compilando situaciones y casos que resulten ilustrativos de la conveniencia de aplicar una perspectiva ética en su desarrollo, como, por ejemplo:

- 1) Los factores de riesgo de naturaleza genética, las expectativas distorsionadas y el consumo inapropiado de pruebas genéticas. Análisis de los cribados neonatales.
- 2) Efectos negativos y positivos de la crisis en la sanidad y en la salud.
- 3) La obsesión por la salud. Los límites de la promoción de la salud.
- 4) Entre el paternalismo irresponsabilizador y la culpabilización de las víctimas.
- 5) Los salubristas: entre la profesionalidad y la autoridad sanitaria.

Finalmente, el grupo de trabajo podría colaborar con la junta directiva de SESPAS para aplicar las consideraciones éticas a la elaboración de criterios morales y deontológicos en el ejercicio profesional de la salud pública y en el ejercicio de la representación de los socios por parte de las sociedades que conforman SESPAS.

4. Notas

1. OMS: Informe sobre la Salud en el mundo, 2007: capítulo 3. Accesible en: http://www.who.int/whr/2007/07_chap3_es.pdf
2. http://www.fcs.es/docs/publicaciones/NP_epidemias.pdf ciclo «Desde la Memoria: Historia, Medicina y Ciencia en Tiempos de...», organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud.
3. Véanse las posiciones en www.sespas.es.
4. Tarantola D. «H1N1 Flu and the tartar Steppe». *Am J Public Health*, 2009; 99 (Supl 2): 209.
5. *Ética y salud pública*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2012.

Relación de participantes

Coordinadores

- Andreu Segura, director de la Oficina del Pla Interdepartamental de Salut Pública. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Andrea Buron, médica adjunta del Servicio de Epidemiología y Evaluación del Parc de Salut Mar.
- José Miguel Carrasco, sociólogo especializado en Salud Pública.

Ponentes

- Macario Alemany, profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad de Alicante.
- Jordi Delclòs, profesor de la Universitat Pompeu Fabra y director de la División de Salud Laboral y Ambiental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas.
- David Larios, vicepresidente de la Asociación de Juristas de la Salud.

Especialistas invitados

- Gracia Álvarez, presidenta del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de León.
- Rosa Ballester, catedrática de Historia de la Ciencia en el Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández.
- Marc Antoni Broggi, médico cirujano y presidente del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Josep Ma. Busquets, miembro del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Victoria Camps, presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.

- Javier García León, asesor técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Juan Gérvas, médico y profesor honorario de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Rafael Guayta, director de Projectes i Recerca del Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona.
- Ildefonso Hernández Aguado, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández.
- Isabel Marín Rodríguez, jefa del Servicio Salud de la Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social de Granada.
- Màrius Morlans, médico y presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.
- Joan Maria Pons Ràfols, asesor científico de la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, Generalitat de Catalunya.
- Àngel Puyol, director del Departamento de Filosofía de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Bernabé Robles, jefe del Servicio de Neurología, presidente del Comité de Ética Asistencial, Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
- Begoña Román, profesora de Ética de la Universitat de Barcelona.
- Miguel Ángel Royo, responsable del Área de Estudios de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Francisca Serra, catedrática de Nutrición y Bromatología de la Universitat de les Illes Balears.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

29. Casos prácticos de ética y salud pública
28. La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial
27. Ética y salud pública
26. Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente
25. La ética, esencia de la comunicación científica y médica
24. Maleficencia en los programas de prevención
23. Ética e investigación clínica
22. Consentimiento por representación (en edición)
21. La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa
20. Retos éticos de la e-salud
19. La persona como sujeto de la medicina
18. Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?
17. El bien individual y el bien común en bioética
16. Autonomía y dependencia en la vejez
15. Consentimiento informado y diversidad cultural
14. Aproximación al problema de la competencia del enfermo

13. La información sanitaria y la participación activa de los usuarios
12. La gestión del cuidado en enfermería
11. Los fines de la medicina
10. Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible
9. Ética y sedación al final de la vida
8. Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos
7. La gestión de los errores médicos
6. Ética de la comunicación médica
5. Problemas prácticos del consentimiento informado
4. Medicina predictiva y discriminación
3. Industria farmacéutica y progreso médico
2. Estándares éticos y científicos en la investigación
1. Libertad y salud

Informes de la Fundació

5. La ética y la biología sintética: cuatro corrientes, tres informes
4. Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas
3. Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas
2. Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación
1. Percepción social de la biotecnología

Interrogantes éticos

3. La subrogación uterina: análisis de la situación actual

2. Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?

1. ¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Con la colaboración de:



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA