

Ética en, para y de la Salud Pública

Ethics in, for and Applied to Public Health

Andreu Segura

Médico de Salud Pública

Vocal del Comité de Bioética y del Consejo Asesor de Salud Pública. Generalitat de Catalunya. Editor invitado de *Gaceta Sanitaria*. Coordinador de los grupos de trabajo de ética y salud pública y de análisis y prevención de la iatrogenia de SESPAS

Resumen

La salud pública moderna no ha prestado demasiada atención a la ética hasta hace muy poco. Tal vez porque buena parte de sus funciones se han desarrollado en el ámbito de las administraciones públicas sometidas a reglamentos y leyes en lugar de las normas deontológicas de las corporaciones profesionales, pero también porque al tener un propósito formal tan loable, parecería que no necesita acudir a la ética para valorar sus actividades. Como pasó durante el despotismo ilustrado. Una actitud arrogante que puede explicar la desconfianza popular frente a algunas de sus recomendaciones. Obstáculo que la aplicación de la ética podría superar.

Palabras clave: Bioética, Ética clínica, Legislación.

Abstract

Modern public health has not paid much attention to ethics until very recently. Perhaps because a large part of their functions have been developed in public administrations, which are subject to regulations and laws and not to the deontological standards of professional corporations, but also because having such a lovely formal purpose -- health promotion and protection-- it seems that it is not necessary to go to ethics to assess their activities. As it happened in the time of Enlightened Absolutism. An arrogant attitude that could explain popular distrust of some of their recommendations. One obstacle that the application of ethics could overcome.

Keywords: Bioethics, Clinical Ethics, Legislation.

Ética en, para y de la Salud Pública

Lawrence Gostin, actual director del *O'Neill Institute for National and Global Health Law* y director del *WHO Collaborating Center on Public Health Law & Human Rights*, proponía hace ya unos años el empleo de las preposiciones en, para y de con el propósito de acotar las posibles relaciones entre la ética y la salud pública (Gostin, 2001: 121-30).

La aplicación de una perspectiva ética **en** cualquiera de las áreas de la salud pública (que son básicamente la promoción y la protección colectivas de la salud comunitaria, así como la monitorización de los problemas y los determinantes de la salud de la población y, por ende, su contribución al diseño de políticas de salud y sanitarias) es, además de un elemento que puede enriquecer las propuestas y diseños de programas e intervenciones, una referencia moral acerca de la bondad de las intervenciones que se llevan a cabo.

La ética también puede constituir una referencia acerca de la valoración de los comportamientos de las personas en el ejercicio de la práctica profesional de la salud pública, elaborando un conjunto de normas **para** adoptar conductas moralmente aceptables.

Finalmente, el desarrollo de la salud pública en la sociedad, ya sea en el ámbito más específico del sistema sanitario o en el comunitario, más global e intersectorial, puede constituir un objeto **de** interés para la ética como filosofía moral.

Pero, ¿qué entendemos por Salud pública?

Salud Pública es una expresión calcada, como tantas otras, del inglés. Una de sus acepciones se corresponde, más o menos, con el término español sanidad. Sin embargo, tiene otros significados posibles.

Se entiende por Salud Pública el conjunto de actividades que la sociedad lleva a cabo para promover y proteger la salud de la población, desde el sistema sanitario o no.

El primero y más literal sería el de salud del público, es decir, de la población. Aunque público también se refiere a aquello que es de todos, por lo que algunos denominan salud pública al sistema de atención sanitaria financiado públicamente, mediante impuestos y, en algunos casos, tasas¹. En este caso, sin embargo, es preferible la expresión sanidad pública, ya que emplear salud pública en este sentido se presta a confusión, puesto que puede dar a entender que la salud de las personas y de las poblaciones depende fundamentalmente de la sanidad. Y todavía peor, porque puede inducir una medicalización indebida. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en América latina el término sanidad no es muy corriente ya que los sanitarios, más que denominar a los profesionales y trabajadores del sector, designan los váteres o inodoros, de modo que los departamentos ministeriales correspondientes son de salud y no de sanidad, nomenclatura habitual en los países de habla inglesa en los que los servicios asistenciales sanitarios se denominan *healthcare*. Y los organismos gubernamentales responsables son los *Health Departments*, de la misma manera que el Servicio Nacional de Sanidad del Reino Unido es el *National Health Service*.

Lo que, sin embargo, no le parece bien a todo el mundo. Iona Heath, que fuera presidenta del Colegio británico de Médicos de Familia, llegó a proponer que se le cambiara el nombre y pasara a denominarse *National Sicknes Service* (Helth, 2007: 19), entre otros motivos porque la competencia específica de los profesionales del sistema sanitario es la atención a los pacientes y sus enfermedades.

Salud y sanidad son palabras estrechamente relacionadas, pero no sinónimas². Y aunque los propósitos de la sanidad incluyen la protección –y si se quiere también la promoción– de la salud, ésta, en su sentido positivo, más allá de la mera ausencia de enfermedad o de insania, no depende solo ni básicamente del sistema sanitario.

Muchos son los que se han dado en llamar determinantes de la salud, que lo son no solo de las personas como de las poblaciones, puesto que la salud colectiva no es simplemente la suma de la salud del vecindario sino una característica propia, en algunos casos emergente, como la denominada inmunidad colectiva, una propiedad atribuible a una determinada comunidad en un momento preciso, que redundaba en la protección de algunos individuos susceptibles mientras forman parte de esa colectividad. Pero son muchas más las particularidades que hacen que las ciudades sean más o menos saludables, como el diseño urbano, la densidad demográfica, el control de la contaminación, el transporte público, la cohesión social, etc., y la salud de cada uno de sus habitantes también depende de ellas.

La variabilidad y la heterogeneidad de estos determinantes, entre los cuales se incluyen los sociales, que son, además de colectivos, culturales, nos permite reconocer y comprender la definición de Salud Pública formulada hará pronto un siglo por *CEA Winslow*, que a la sazón dirigía el departamento de salud pública fundado por él mismo en la escuela de Medicina de la Universidad de Yale:

Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongando la vida y promoviendo la salud física y la eficiencia a través de esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad, educar a las personas en los principios de higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de la maquinaria social capaz de garantizar a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (Winslow, 1920: 23-30)

El Instituto norteamericano de Medicina lo resumía así en 1988: “*Aquello que hacemos como sociedad para habilitar las condiciones necesarias para la salud de las personas.*” (*Institute of Medicine*, 2003). De donde se deduce que tanto las medidas, intervenciones y programas, como los dispositivos e instalaciones, así como las instituciones de la salud pública pueden formar o no parte del sistema sanitario. Lo que comporta que su significado es más amplio que el que le corresponde al concepto de sanidad. Algo que se comprende fácilmente considerando la seguridad vial, cuya influencia sobre la salud y también sobre la enfermedad –morbimortalidad asociada a los accidentes de tránsito– es obvia, a pesar de que la responsabilidad social, política y administrativa no acostumbra a ser de Sanidad sino más bien de Tráfico.

Los factores que más influencia ejercen y que resultan mejores predictores del estado de salud son, en primer lugar, el nivel educativo, y en segundo la ocupación laboral,

que puede resultar fuente de morbimortalidad, sobre todo si el trabajo no es creativo. Tampoco puede olvidarse la influencia de un entorno saludable o de una vivienda confortable, así como de la economía y de la capacidad adquisitiva, entre otros.

Antecedentes históricos

La independencia que tiene la salud pública de otras actividades sanitarias como la atención médica, la caracteriza desde el inicio mismo de su existencia. Los antecedentes de la clínica se remontan probablemente a las primeras especies de primates bípedos, los partos de cuyas hembras comportaban un riesgo de complicaciones mucho mayor que los de otros simios antropomorfos, y desde luego muy superior al de los cuadrúpedos, por lo que resulta verosímil suponer que una ayuda a las parturientas australopitécinas en el alumbramiento, que debieron prestar otras hembras ya madres, mejorara la probabilidad de supervivencia. Las hembras se ocupaban también de la recolección de alimentos y plantas, de algunas de las cuales pudieron aprender sus propiedades terapéuticas. Algo que pudo repetirse en las especies más evolucionadas y generar una especialización en las colectividades de *Homo sapiens* en el Paleolítico.

Si bien la bioética se define como una aplicación de la ética a la biosfera y sus componentes, su primer propósito fue proteger a los seres humanos objeto de investigación, aunque paulatinamente ha ido influyendo en las normas deontológicas de las profesiones sanitarias.

Pero hasta el Neolítico y la urbanización no se puede hablar de salud pública. La viabilidad de los asentamientos humanos estables, algunos de los cuales tienen más de ocho mil años, requirió imprescindiblemente de agua potable, capacidad de almacenamiento y conservación de alimentos y de algún sistema de evacuación de residuos, así

como de una mínima policía mortuoria, es decir, de un programa higiénico mínimo para la pervivencia de la ciudad. Este saneamiento constituyó la protección colectiva básica de la salud comunitaria. Pero los testimonios arqueológicos muestran, además, instalaciones y espacios para el ocio y el bienestar, como termas y piscinas, en algunos casos de una factura estética envidiable, lo que demuestra el objetivo de promoción de la salud. Y la protección y promoción colectivas de la salud comunitaria constituyen el núcleo de la salud pública.

Cabe concluir, pues, que medicina y salud pública son actividades distintas que se desarrollan independientemente. Ello no obstante, y sobre todo desde la aportación de los hipocráticos con su tratado *Sobre aires, aguas y lugares*, los clínicos conocen la influencia de algunos determinantes ambientales y culturales sobre la salud y la enfermedad. El citado tratado hipocrático es el antecedente del género literario de las Topografías médicas, que a su vez lo han sido de la Medicina comunitaria.

El saneamiento urbano se desarrolló extraordinariamente en tiempos de Augusto, cuando Roma albergaba un millón de residentes. Promotor de la administración, el emperador creó un servicio imperial de correos y encargó la gestión del abastecimiento del agua a la ciudad y su mantenimiento a Agripa, nombrándole *curator aquarum*, con un equipo de operarios –la mayoría esclavos– encargados de la supervisión de la red de conducciones y depósitos (Repullo, 2006: 475-82). Este servicio público fue el encargado, más tarde, de la inspección de los mercados y la

distribución de alimentos, bajo el nuevo nombre de *curator aquarum et miniciae*, antecedente de los modernos cuerpos de funcionarios de sanidad o de salud pública.

Pero tal vez no fuera hasta la peste negra de mediados del siglo XIV cuando se tomó una iniciativa de protección de la salud colectiva dirigida específicamente a la prevención de una enfermedad, en este caso la difusión de la plaga. Sucedió en la actual Dubrovnik, entonces la Ragusa veneciana, cuando las autoridades políticas decretaron la cuarentena de un buque procedente del Mar Negro. (Sehdev, 2020: 1071-2).

De todos modos, la salud pública moderna tiene sus raíces en el higienismo y en la revolución industrial. La miseria del pueblo como generadora de enfermedades fue la proclama de Johann Peter Frank en 1790. Su obra en nueve volúmenes –*System einer vollständigen medicinischen Polizey*– "Un sistema completo de política médica", publicada entre 1779 y 1827, seis años después de su muerte, tuvo una enorme repercusión en su época. (Sigerist, 2006: 269-79).

En la introducción, después de un párrafo de carácter más político³, afirma:

La política médica, en consecuencia, como ciencia de la política en general, es un arte de la prevención, una doctrina mediante la cual los seres humanos y sus animales auxiliares pueden ser protegidos de las dañosas consecuencias del hacinamiento; es, en especial, un arte que alienta el bienestar corporal para que, sin sufrir un exceso de males físicos, los seres humanos puedan demorar lo más posible el momento fatal en que, por fin, deben morir. Es inaudito que esta ciencia, la cual se hace cada día más esencialmente necesaria para nuestra especie, deba ser todavía cultivada solo, y en mínimo grado, en algunos sitios, y nunca, que yo sepa, en forma sistemática. Esto puede deberse al hecho de que las gentes han comenzado hace muy poco a comprender el valor del ser humano, y a perseguir el beneficio de la población; como también al hecho de que estas preocupaciones han tenido como efecto iniciar la contemplación filantrópica de las causas que, para muchos, provocan la supuesta decadencia de nuestro género...

La SP como responsabilidad de las administraciones. El nacimiento de la SP moderna

Frank fue influido por el cameralismo (Rosen, 1953: 21-42), la versión alemana del mercantilismo que caracterizó el pensamiento del despotismo de la Ilustración, con su lema todo para el pueblo pero sin el pueblo, familiar para muchos higienistas. Según Rodríguez Braun:

Todo el movimiento de la Ilustración tiene estrechos paralelismos con el utilitarismo: el impulso reformista, el énfasis en la educación, la investigación y los experimentos científicos caracterizan a ambos movimientos. (Rodríguez Braun, 1992: 95-109).

La obra de Frank inspiró a muchos de los reformadores sanitarios del siglo XIX entre los cuales el médico Rudolf Virchow (1821-1902) y el abogado Edwin Chadwick (1800-1890) jugaron un papel notorio en el desarrollo de la salud pública moderna.

Virchow⁴ fue candidato al premio Nobel por sus aportaciones a la fisiopatología, particularmente en relación con la teoría celular, resumida en el célebre aforismo que popularizó “*omnis cellula e cellula*”. Su obra de 1858, *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*, se considera la base de la ciencia médica moderna (Reese, 1988: 105-8) y el mayor avance de la medicina desde sus inicios. (Knatterud, 2020: 43-5). Menos conocida es su contribución a la formación de los estudiantes de medicina mediante el fomento del uso de los microscopios. Acuñó una gran cantidad de neologismos, como por ejemplo agenesia, cromatina, degeneración amiloide, espina bífida, leucemia, parénquima, osteoide, trombosis o zoonosis.

Pero además de estas y otras aportaciones a la medicina, también contribuyó significativamente al desarrollo de la salud pública como disciplina sanitaria. Comprobó que someter la carne de cerdo a 137 °F (58'34°C) durante diez minutos destruía las larvas de *Trichinella*

Mientras que las normas deontológicas afectan básicamente a los agentes y pacientes de modo individual, la salud pública tiene que ver con la dimensión colectiva de los seres humanos y con las poblaciones y comunidades.

spiralis, lo que evitaba la triquinosis (Saunders, 2000: 199-207), hallazgo que condujo directamente al establecimiento de la inspección de carne, adoptado por primera vez en Berlín. Más reconocidas son sus recomendaciones para controlar la epidemia de tifus exantemático que afectó la Alta Silesia durante 1847-1848. En su informe, de 190 páginas, el joven Virchow –tenía 25 años– asociaba la epidemia a las penosas condiciones laborales, de habitación y de alimentación de los obreros, por lo que recomendaba la adopción de mejoras en tales condiciones, lo que fue interpretado por las autoridades como una intromisión subversiva. (Taylor, 1985: 547-59). De regreso a Berlín en marzo de 1848 participó activamente en la revolución que se declaró contra el gobierno. En julio de ese año, ayudó a fundar *Die medicinische Reform* (La reforma médica), una revista semanal cuyos lemas principales fueron "la medicina es una ciencia social" y "el médico es el abogado natural de los pobres". Esta iniciativa apenas pudo subsistir un año, cuando las autoridades políticas la clausuraron y Virchow fue expulsado de su trabajo en la capital, a la que regresaría años más tarde para proseguir incrementando su prestigio académico y su participación política. Fue diputado y uno de los fundadores del partido progresista alemán, que contaba con el apoyo de la naciente clase media de la burguesía alemana. Esta formación acabaría integrándose en el *Deutsche freisinnige Partei* (Partido librepensador alemán, también llamado Partido Radical Alemán), situado en una posición que hoy calificaríamos de centro izquierda.

Pero su legado más célebre puede resumirse en este párrafo transcrito por Mackenbach:

La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a gran escala. La medicina, como ciencia social, como ciencia de los seres humanos, tiene la obligación de señalar problemas e intentar su solución teórica: el político, el antropólogo práctico, debe encontrar los medios para su solución real ... (Mackenbach, 2009: 199-207)

Desde la perspectiva de la ética, la aportación de Virchow tiene que ver sobre todo con la justicia. Una justicia basada en el igualitarismo –precursora de los derechos

humanos y de la categoría entonces incipiente de justicia social—. Aunque últimamente se discuta si la política y la ética son incompatibles, y no por el chiste fácil de que los políticos sean amorales sino porque los valores morales no se pueden imponer socialmente (Cortina, 1986).

En cambio, la perspectiva ética de Chadwick es el utilitarismo. A los treinta años se hizo abogado. Hasta entonces sobrevivió publicando artículos divulgativos como "La ciencia aplicada y su lugar en la democracia" en la *Westminster Review*, fundada por Jeremy Bentham. En 1832 fue contratado

En cierto modo la bioética se propone proteger a los individuos de los eventuales perjuicios ocasionados por las intervenciones que en aras al bien común llevan a cabo los poderes y administraciones públicas.

por la Comisión Real designada para reformar la Ley de Pobres. Hacia 1838, durante una grave epidemia de tifus exantemático –frecuente también en la Inglaterra victoriana (Hardy, 1988: 401-25)–, promovió una investigación sobre las condiciones de vida de los afectados. Tras recabar información de múltiples, en 1843 publicó su informe sobre *La condición sanitaria de la clase obrera en la Gran Bretaña* que insistía en la importancia de la suciedad --incluida la degradación moral-- de los pobres, de modo que la solución no era --a diferencia del planteamiento de Friedrich Engels en su obra casi homónima y coetánea⁵-- la eliminación de la pobreza sino de los miasmas, los agentes etiológicos de las enfermedades, explicación compartida por los salubristas de la época.

Tras la publicación del informe, se formó la Asociación de Salud de las Ciudades. Entre sus recomendaciones destaca el suministro constante de agua potable a los domicilios y la sustitución de los sistemas de drenaje de residuos, pozos sépticos incluidos, mediante la instalación de váteres domésticos con desagüe a la red de cloacas. Propuestas que se incorporaron a las cláusulas de la ley de obras de saneamiento (*Waterworks Clauses Act*) promulgada en 1847. Esta norma, a la vez que limitaba las ganancias de las compañías suministradoras al 10%, les exigía garantías de abastecimiento de agua para el consumo y también para la limpieza del alcantarillado y el riego de las calles. Sin embargo, el vaciado intensivo de los muchos pozos negros al Támesis⁶ supuso la contaminación del río (Segura, 2020: 265). Un incidente atribuible a la falta de aplicación de todos los requisitos planificados por parte de la empresa responsable, como consecuencia de su elevado presupuesto (Binnie, 1981: 22-3).

Es importante el desarrollo de aplicaciones de la ética a la salud pública, particularmente para afrontar eventuales dilemas entre los intereses colectivos y los individuales, incluidos los que afectan a la dimensión social de los seres humanos y a la ecología.

Chadwick, familiarizado con la economía política ricardiana, amigo de J.S. Mill, miembro destacado del *Political Economy Club*, fue secretario personal del ya citado filósofo utilitarista Jeremy Bentham entre 1831 y 1832. Según nos cuenta José Luis Ramos (Ramos, 2014: 11-38), "...empezó a interesarse por los asuntos de sanidad pública ya a finales de la década de 1820,

consolidando luego dicho interés a través del análisis del problema de la pobreza, pues como secretario de la Comisión de la Ley de Pobres fue el principal autor --junto a Senior-- del informe de 1834, que sería la base de la nueva y controvertida legislación en la materia". Gracias al empeño de Chadwick, en 1848 el parlamento

inglés aprobaba la *Public Health Act* mediante la cual se promovía que las ciudades mejoraran la salubridad urbana, pero bajo la supervisión del *General Board of Health*. Una iniciativa legislativa que pretendía reducir la mortalidad atribuible a las epidemias que asolaban las ciudades industriales, supuestamente como consecuencia de los miasmas, la explicación causal de muchos higienistas de la época, sin renunciar a otros propósitos como prevenir la eventual radicalización del proletariado.

Implicaciones éticas del Utilitarismo para la salud pública

Cabe admitir la influencia del utilitarismo en los planteamientos y las iniciativas de buena parte de los salubristas europeos del siglo XIX, incluidos españoles como Mateo Seoane, quien pasó una temporada exiliado en Londres, y sus discípulos Pedro Felipe Monlau o Francisco Méndez Álvaro.

El utilitarismo, como una versión del consecuencialismo, adopta como criterio de valoración moral los efectos provocados por las decisiones que se toman; en este caso la utilidad de las consecuencias que se derivan de las intervenciones. Jeremy Bentham, que se considera el fundador del utilitarismo, definió la utilidad como la suma del placer que resulta de una acción, menos el sufrimiento que eventualmente produzca. Esta doctrina ética a veces es resumida como "el máximo bienestar para el máximo número".

Conviene tener en cuenta, sin embargo, la adscripción al liberalismo político de la mayoría de los utilitaristas de la época, entre los que destaca con luz propia John Stuart Mill y su tratado *Sobre la libertad*, no desde la perspectiva del libre albedrío sino por su defensa de la autonomía personal. Para Mill no resultan moralmente aceptables las normas sociales que obligan a adoptar decisiones saludables en contra de la voluntad de uno, salvo en el caso que tales medidas protejan la salud de terceros. Un criterio difícilmente rebatible.

Dado que el sujeto y el objeto de la salud pública son las poblaciones y que el criterio moral principal del planteamiento utilitarista se refiere al beneficio global, su pertinencia es obvia. No obstante, el utilitarismo ha merecido bastantes críticas. Algunas de ellas desde la filosofía moral, como las que esgrime Rawls, para quien la bondad de una creencia, decisión o acción no depende de sus consecuencias, por muy positivas que sean⁷. Un planteamiento que se reivindica kantiano. Lo que en el ámbito de la salud pública sería, salvando las distancias, no respetar las convicciones de quienes se oponen a tomar una decisión saludable para ellos.

Las consideraciones éticas pueden ser de aplicación a cualesquiera de las áreas de la Salud Pública, ya sea la promoción y la protección de la salud comunitaria, como también a la monitorización de los problemas de salud y sus determinantes, así como al diseño de políticas sanitarias y de salud. Tal es el objetivo de la ética en la salud pública.

Otras críticas más pragmáticas son, por ejemplo, las que se refieren a las discrepancias sobre lo que se considera útil o sobre el bienestar o la felicidad. Sin embargo, una de las unidades de medida más utilizadas a la hora de comparar los resultados de diversas intervenciones sanitarias se basa precisamente en el concepto de utilidad. La relación entre el coste y la utilidad de los estudios epidemiológicos y de economía de la salud, que es una valoración de la eficiencia relativa, se mide en años

--perdidos o ganados-- de supervivencia ajustada por calidad de vida o en buena salud; son los QUALY.

El desarrollo de la SP y la ética

La cuestión es que la salud pública moderna, entendida como el brazo gubernativo responsable de la protección de la salud colectiva, se desarrolla básicamente en el seno de las administraciones públicas, locales, regionales y estatales. Se trata de un ámbito muy regulado por leyes y reglamentos que, sin sustituir del todo las normas deontológicas propias de las corporaciones profesionales implicadas, constituye la referencia principal de la adecuación de la práctica.

Los valores culturales predominantes en el contexto social del momento son los que caracterizan los propósitos de la protección y la promoción de la salud como ética mente óptimos, incluso aunque en la práctica puedan justificar actitudes y comportamientos en defensa de las clases sociales más poderosas, como denuncia Michael Foucault en su Biopolítica (Foucault, 2001: 210). Así pues, las buenas intenciones que motivan las iniciativas salubristas, junto a la convicción de que efectivamente mejoran el bienestar de la sociedad, parecían suficiente justificación moral, por lo que no se consideraba necesario desarrollar otro tipo de ética. Algo que entró en crisis a finales del siglo pasado, cuando, como consecuencia, entre otros motivos, de la aparición de la pandemia del SIDA, se produjo una renovada reivindicación de los derechos humanos y se vio la necesidad de analizar las decisiones y los programas de promoción y de protección de la salud colectiva desde una perspectiva ética, más allá del recurso al utilitarismo.

Es entonces también cuando aparece en el escenario la bioética. Aunque el concepto había sido propuesto por Fritz Jahr, un pastor de la iglesia protestante en 1927 (Sass, 2007: 279-95), la idea no tuvo apenas difusión debido al advenimiento del nazismo. En cambio, la derrota de Hitler permitió conocer, difundir y reprobar los experimentos humanos en los campos de concentración nazis, lo que supuso una dolorosa sensibilización de la opinión pública y la comunidad científica sobre la cuestión e hizo posible que prosperaran los planteamientos éticos globales sobre la vida formulados por Potter (Potter, 1971; Wilches, 2011: 70-84).

También son objeto de interés ético las reglas de comportamiento que conviene que respeten los profesionales de la salud pública en el ejercicio de su dedicación laboral, es decir, la ética *para* la salud pública.

Pero fue la publicación del informe Belmont (*The National Commission*, 1978) –hace ahora cuarenta y cuatro años– la que consagró la bioética y sus célebres cuatro principios⁸. La decisión de regular los derechos de las personas en las investigaciones científicas y

médicas para preservar su dignidad y proteger su salud, que fue el objeto del informe, se tomó a partir del escándalo que en 1972 generó la publicación de un reportaje sobre el estudio que el servicio de salud pública de los Estados Unidos, precisamente, había estado llevando a cabo en Tuskegee, Alabama, desde el año 1932. El estudio consistió en el seguimiento de una cohorte de casi cuatrocientos afroamericanos afectados de sífilis y unos doscientos controles, reclutados sin ser adecuadamente informados del propósito de la indagación, que no era otro que comprobar si la historia natural de la sífilis en la población negra era distinta de la que unos años antes se

había establecido en Noruega. Para alcanzar el objetivo del estudio, los enfermos no debían recibir en ningún caso tratamiento específico.

Pero mientras la repulsa generada estimulaba el desarrollo de la bioética, no solo en el área de la investigación sino también en el de la práctica clínica, en la que paulatinamente iba introduciéndose la necesidad del consentimiento informado para promover la autonomía del paciente, los servicios de salud pública permanecieron al margen. Incluso las escuelas de salud pública prestaban una atención marginal a la ética. En 1974, una encuesta a las escuelas oficiales de la disciplina mostró que apenas cinco de las quince que respondieron reconocían el potencial interés de unas bases éticas, y que solo en dos de ellas, Harvard y Columbia, habían habilitado para ellas un espacio significativo en el plan de estudios (Bluestone, 1976: 478-9).

La irrupción del SIDA y la protesta de los colectivos homosexuales contra su discriminación, al identificarlos como grupo de riesgo, junto a heroinómanos y hemofílicos, comportó la decidida promoción de los derechos humanos –un planteamiento ético no consecuencialista– en el ámbito de la salud pública, gracias, entre otros, al trabajo del malogrado Jonathan Mann (Marks, 2001: 131-8), estimulando también la aplicación de argumentos y consideraciones éticas, de modo que tanto las instituciones profesionales (Thomas, 2002: 1057-60) como las escuelas de salud pública (Thomas, 2003: 279-86) fueron incorporando la ética en sus programas, primero en los EEUU y poco a poco también en Europa (Aceijas et al, 2012).

En España la situación es todavía incipiente. Sobre todo si se compara con la formación y la práctica de la bioética que ya ha alcanzado cierta tradición en el sistema sanitario, tanto en el ámbito estatal, con la Comisión de Bioética de España, como en algunas autonomías que disponen de comisiones equivalentes y, desde luego, gracias a la existencia de unidades y comités de ética asistencial y de investigación. En el ámbito de la formación de postgrado se han desarrollado algunos programas universitarios de maestría en bioética que en muchos casos se ofrecen en modalidades online.

En cambio, la oferta formativa específica sobre ética y salud pública es bastante limitada (Buron et al, 2019: 89-109). Ello no obstante, SESPAS alberga un grupo de trabajo sobre ética y salud pública que, con la colaboración de la Fundación Grífols, viene organizando encuentros monográficos anuales, que además se editan como cuadernos de la fundación y son de acceso libre (Fundación Grífols, 2010-2018). Y hace poco la revista *Bioética y Derecho*, que edita el Observatorio de Bioética de la Universidad de Barcelona, ha publicado un monográfico que incluye siete artículos y una editorial sobre cuestiones de salud pública bajo la perspectiva de la ética (Observatorio de Bioética, 2019).

La salud pública puede considerarse un campo genuino de aplicación de la ética, de modo que podemos hablar de la ética de la salud pública.

La orientación actual de la ética aplicada a la salud pública

Si bien el planteamiento utilitarista conserva su vigencia, el recurso a la perspectiva más deontológica, basada en criterios independientes de las consecuencias, se ha ido

incorporando en la salud pública, seguramente gracias a la influencia de los principios de la bioética y sobre todo en relación con la equidad y la eficiencia social, a pesar de que el valor o la idea de justicia en la que se basan admite interpretaciones muy variadas.

El recurso a la ética a la hora de diseñar los programas y las intervenciones de la salud pública puede ser de utilidad para anticipar y prevenir en su caso eventuales conflictos morales entre los derechos individuales y el interés común, como ocurre por ejemplo en la ponencia de vacunas de la comisión de salud pública del consejo interterritorial, y desde luego también a la hora de evaluar sus resultados y justificar su continuidad o no. Lo que vale también para las decisiones que se toman con el propósito de proteger la salud de la población, las cuales a menudo implican cierta tensión entre los beneficios y perjuicios potenciales de la aplicación del principio de precaución (Stirling, 2007: 309-15). En este sentido, el protagonismo de las administraciones públicas en el contexto del llamado Estado del bienestar ha llevado a algunas de ellas a incorporar una nueva perspectiva, como la sugerida por Karen Jochelson en su reflexión sobre el papel gubernamental en Salud Pública (Jochelson, 2005), pasando de "niñera" a "azafata" y reivindicando la posición de auxiliar que desempeñan los tripulantes de cabina en los vuelos comerciales. De ahí la denominación como *stewardship* del modelo propuesto por el *Nuffield Council of Bioethics* (*Nuffield Council of Bioethics*, 2007) que ha sido adoptado por el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) (Klilloran et al, 2010). Un modelo que se caracteriza por tratar de facilitar y convencer más que de obligar, en el que la proporcionalidad, la transparencia y la solidaridad cobran relevancia, sin olvidar la importancia de proteger de eventuales daños a terceros, la excepción que Mill aceptaba como obligación moral para modificar comportamientos o decisiones lesivas para el prójimo. Como ocurre por ejemplo con la iatrogenia, un problema de salud pública que puede beneficiarse también de la aplicación de la ética, en este caso de la ética de la ignorancia y de la incertidumbre (Segura, 2019: 11-24).

Bibliografía

Aceijas C, Brall C, Schröder-Bäck P, Otok R, Maeckelberghe E, Stjernberg L, Strech D, Tulchinsky TH (2012). Teaching ethics in schools of public health in the European Region: findings from a screening survey. *Public Health Reviews*; 34: epub ahead of print.

Binnie GM (1981). *Early Victorian Water Engineers*. London: Thomas Telford; 22-3.

Bluestone NR (1976). Teaching of ethics in schools of public health. *Am J Public Health*; 66, 478-9.

Buron A, Segura A (2019). Public health ethics education in public health masters in Spain: Current status and available resources for teaching. *Rev Bio y Der*; 45: 89-109. Accesible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/issue/view/2093>.

Cortina A (1986). *Ética mínima*. Madrid: Tecnos.

Daguet-Gagey A (2001). *Les grandes curatèles urbaines. Rome, ville et capitale: de César à la fin des Antonins*. París: Éditions du Temps, 89-112.

Foucault M (2001). El nacimiento de la medicina social conferencia en la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, octubre de 1974. En *Dits et Écrits*, II, París: Gallimard, 210. Accesible en: <http://www.alcoberro.info/planes/foucault9.htm>

Fundación Grifols. Cuadernos editados conjuntamente con el grupo de ética de SESPAS. Q24(2010) Q27(2012) Q29(2013) Q32(2014) Q37(2015) Q38(2016) Q42(2017) Q48(2018). Accesible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/monographs>.

Gostin LO (2001). Public health, ethics, and human rights: A tribute to the late Jonathan Mann. *J. Law Med. Ethics*; 29, 121-30.

Hardy A (1988). Urban famine or urban crisis? Typhus in the Victorian city. *Medical History*; 32, 401-25.

Heath I (2007). In defence of a National Sickness Service. *BMJ*; 334, 19.

Institute of Medicine (2003). *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10548>.

Jocheson K (2005). *Nanny or Steward: The role of government in Public Health*. King's Found working paper. Accesible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/nanny-steward-role-government-public-health-working-paper-karen-jochelson-kings-fund-6-october-2005.pdf

Killoran, A and White, P (2010). NICE public health guidance. *Journal of Public Health*; 32, 136-137.

Knatterud ME (2002). *First Do No Harm: Empathy and the Writing of Medical Journal Articles*. New York: Routledge, 43-5.

Mackenbach, J P (2009). Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. *Journal of Epidemiology & Community Health*; 63, 181-4.

Marks SP (2001). Jonathan Mann's legacy to the 21st century: The human rights imperative for public health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*; 29, 131-8.

Nuffield Council of Bioethics (2007). *Public Health: ethical issues*. London: Nuffield Council. Accesible en: <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Public-health-ethical-issues.pdf>

Observatorio de Bioética (2019). Monográfico sobre ética y salud pública. *Rev Bio y Der*; 45, Accesible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/issue/view/2093>.

Potter VR (1971). *Bioethics bridge to the future*. Prebtis Hall: New York.

Ramos JL (2014). Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español. *Historia industrial*; 55, 11-38.

Reese DM (1988). Fundamentals--Rudolf Virchow and modern medicine. *Western Journal of Medicine*; 169, 105-8.

Repullo JR, Segura A (2006). Salud Pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. *Rev Esp Salud Pública*; 80, 475-82.

Rodriguez Braun C (1992). Ilustración y utilitarismo en Iberoamérica. *Telos: revista utilitarista de Iberoamérica*; 1, 95-109. Accesible en: <http://www.usc.es/revistas/index.php/telos/article/view/940/893>.

Rosen G (1953). Cameralism and the Concept of Medical Police. *Bulletin of the History and Medicine*; 27, 21-42.

Sass HM (2007). Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J*; 17, 279-95.

Saunders L Z (2000). Virchow's Contributions to Veterinary Medicine: Celebrated Then, Forgotten Now. *Veterinary Pathology*; 37, 199-207.

Segura A (2010). Recensión bibliográfica: El mapa fantasma. La historia real de la epidemia más terrorífica vivida en Londres. Steven Johnson. *Gac Sanit*; 24, 265.

Segura Benedicto A (2019). La ètica de la ignorància (i de la incertesa) i la iatrogènia, un problema de salut pública. *Rev Bio y Der*; 45, 11-24.

Sehdev PS (2002). The Origin of Quarantine. *Clinical Infectious Diseases*; 35, 1071-2.

SESPAS. Área de Trabajo de Ética y Salud Pública. Accesible en: <https://sespas.es/areas-de-trabajo/etica/>.

Sigerist H (2006). Johan Peter Frank, un pionero de la medicina social. *Salud Colectiva: Buenos Aires*; 2, 269-79. Accesible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/col/v2n3/v2n3a05.pdf.

Stirling A. (2007). Risk, precaution and science: towards a more constructive policy debate. Talking point on the precautionary principle. *EMBO reports*; 8, 309-15.

Taylor R, Rieger A (1985). Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia. *International Journal of Health Services*; 15, 547-59.

The National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research (1978). *The Belmont Report*. DHEW Publication No. (OS) 78-0014 Washington DC, Accesible en: https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf.

Thomas JC (2003). Teaching ethics in schools of public health. *Public Health Rep*; 118, 279-86.

Thomas JC, Sage M, Dillenberg J, Guillory, JV (2002). A code of ethics for public health. *Am J Public Health*; 92, 1057-60.

Wilches AM (2011). La propuesta bioética de Van Rensselaer Potter cuarenta años después. *Opción*; 66, 70-84.

Winslow CEA (1920). The untilled fields of public health. *Science*; 51, 23-33.

NOTAS

¹ Los defensores más fundamentalistas de la sanidad pública restringen este significado a las instalaciones y equipamientos cuya titularidad es de alguna administración pública y en la que profesionales y trabajadores son funcionarios públicos.

² Aunque la primera acepción de sanidad en el diccionario de la RAE sea cualidad de sano, como corresponde a su etimología, ya que el latín *sanitas*, de donde proviene, significa precisamente cualidad de buena salud, sanidad se emplea en la práctica se emplea para referirse al “conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio”. Curiosamente, el origen, también latino, de salud es *salus*, *-utis*, que además de la salud significa la salvación o el saludo. Saludar es, pues, desear salud y saludable, salvador o salvadora.

³ *“La seguridad interna del Estado es el objetivo de la ciencia general de la política. Lo más importante de esta ciencia es que, actuando de acuerdo con determinados principios, promueva la salud de los seres humanos que viven en sociedad y de aquellos animales necesarios para colaborar en las tareas humanas y en las recreativas. En consecuencia, debemos fomentar el bienestar de la población a través de medios que hagan posible a las personas gozar, jubilosamente y durante largos períodos, de las ventajas que la vida social puede ofrecerles; sin sufrir injustificadamente las vicisitudes y los altibajos a que la vida social, por fuerza, los expone tan pronto deciden domesticar el salvajismo de la naturaleza, y renunciar para siempre a ciertas supremacías que nunca fueron tan irresistibles como bajo las rudas y extremosas condiciones de vida de los seres humanos”.*

⁴ Si bien algunas de sus consideraciones se demostraron erróneas, como por ejemplo atribuir al primer fósil neandertal descubierto naturaleza de *H. sapiens* afectado de raquitismo. O sus contumaces críticas al darwinismo, tal vez motivadas por el abuso interpretativo de Spencer y su darwinismo social. Incluso rechazó, como muchos sanitarios de la época, el papel de los microbios como potenciales agentes patógenos.

⁵ Los costes de la investigación y la redacción de su Report on The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain, corrieron a su costa, aunque la publicación ha sido la más vendida por The Stationery Office hasta la fecha. La edición original del mucho más conocido libro de Friedrich Engels Die Lage der arbeitenden Klasse in England se publicó en 1845. La perspectiva de ambos autores es muy distinta.

⁶ La controversia con el médico John Snow, quien postulaba que el agente del cólera era precisamente el agua contaminada o infectada, es un hito en la historia de la epidemiología y de la salud pública. Según Steven Johnson, la iniciativa de Chadwick de drenar los pozos negros al río fue la causa, aparentemente paradójica, de muchas de las epidemias de cólera que afectaron a los londinenses en la segunda mitad del XIX. Véase la referencia bibliográfica 17.

⁷ Aunque las condiciones de vida de los esclavos fueran mejores que las de los ciudadanos pobres no esclavos, la esclavitud no podría merecer una valoración ética positiva.

⁸ Aunque el informe establece tres, Beauchamp y Childress –Beauchamp TJ, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, 1979– añadieron el de no maleficencia, que no es meramente la ausencia de beneficencia y que, con los del respeto a la persona [autonomía] y el de justicia, completan el cuarteto.