

Ethics and Public Health

RESUMEN: El artículo aborda el estado de la cuestión en la ética de la salud pública. Lo hace partiendo de las preguntas éticas clásicas en salud pública, relacionándolas con las cuestiones éticas abiertas por la moderna epidemiología social a partir del estudio de los determinantes sociales de la salud y de las causas (sociales) de las causas (naturales) de las enfermedades que afectan a las poblaciones humanas. Una de las tesis del artículo es que los problemas éticos centrados tradicionalmente en el conflicto entre la beneficencia poblacional y la autonomía de los individuos deben acompañarse y reinterpretarse a la luz de los crecientes problemas de justicia social que produce la moderna visión de la salud pública y la epidemiología social.

PALABRAS-CLAVE: Ética, Bioética, Ética de la Salud Pública, Desigualdades en la Salud, Responsabilidad social, Inequidad Social

ABSTRACT: The article discusses the state of arts in ethics of public health. It does so based on the classic ethical questions in public health relating them to ethical issues opened by modern social epidemiology from the study of the social determinants of health and the (social) causes of (natural) causes of disease in human populations. One of the thesis of the article is that the ethical problems traditionally focused on the conflict between population welfare and the principle of autonomy must be accompanied and reinterpreted in the light of the growing problems of social justice that produces the modern view of public health and social epidemiology.

KEYWORDS: Ethics, Bioethics, Public Health Ethics, Health Inequalities, Social Responsibility, Social Inequity

¿Qué es la salud pública?

Podemos definir la salud pública como los esfuerzos de una sociedad, en su conjunto, para mejorar la salud de la población y prevenir las enfermedades (Nuffield Council of Bioethics, 2007), o, dentro de una perspectiva más política, como todo aquello que, como sociedad, realizamos colectivamente para asegurar las condiciones en las cuales la gente puede estar sana (Institut of Medicine, 1988). Por lo tanto, la salud pública exige una responsabilidad social sobre la salud de todos que va más allá de las políticas estrictamente sanitarias (hospitales, atención primaria,...) y que tiene, entre sus objetivos primordiales, la lucha contra las desigualdades injustas de salud, es decir, aquellas que no tienen una explicación únicamente en la biología y en los estilos de vida voluntarios, y que son evitables (Whitehead, 1992).

1. Angel Puyol es el coordinador del proyecto de investigación que lleva por título *Ética y epistemología de la salud pública* y que reúne a miembros del GEHUCT (*Grup d'Estudis Humanístics en Ciència i Tecnologia*) junto a otros investigadores. En el proyecto, hay filósofos de la moral y la política (como Victòria Camps, Daniel Gamper, Joan Vergés, Jordi Riba, Oriol Farrés i Núria Estrach, además de Puyol), filósofos de la ciencia (como Anna Estany, David Casacuberta, Jordi Vallverdú i Thomas Sturm) y médicos y epidemiólogos, como Andreu Segura, Ildelfonso Hernández, Francesc Borrell i José Lázaro. También colaboran especialistas internacionales de prestigio como Norman Daniels, Thomas Pogge, Jonathan Wolff, Alex Broadbent i Gerd Gigerenzer. El proyecto aborda, de manera interdisciplinar, los entresijos filosóficos de la salud pública y la epidemiología social y ha dado su primeros frutos en forma de artículos científicos. El grupo está preparando una monografía de referencia sobre el tema. 

Received: 13/04/2014

Accepted: 01/05/2014

La salud pública es una de las ramas de la medicina y su campo de estudio es la epidemiología. Tradicionalmente, la epidemiología, o sea, el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en poblaciones humanas, utiliza las herramientas conceptuales típicas de las ciencias naturales, y los epidemiólogos se consideran a sí mismos como científicos naturales que buscan fenómenos naturales relacionados con procesos biológicos. El objetivo de la epidemiología es prevenir los problemas de salud pública de la población, promocionar la buena salud y proteger a la población de las enfermedades que afectan a los grupos humanos. La epidemiología interviene, por ejemplo, cuando aparece una epidemia, es decir, cuando se detecta la presencia de más casos significativos de una enfermedad, en una comunidad, de los esperados en un determinado tiempo (por ejemplo, una enfermedad infecciosa o un aumento repentino de casos de asma, pero también la obesidad, el cáncer de mama, los infartos de miocardio ligados al consumo de tabaco, etcétera). Podemos decir que la epidemiología estudia las enfermedades que afectan a la comunidad y que sobrepasan el ámbito de análisis y actuación de la medicina clínica (centrada básicamente en los enfermos individuales).

Sin embargo, en los últimos años, la epidemiología está dando un giro copernicano a sus planteamientos metodológicos clásicos debido a la aparición de los llamados determinantes sociales de la salud (DSS). El cambio es tan importante que la ciencia de la epidemiología se está refundando para dar lugar a la llamada epidemiología social (Berkman y Kawachi, 2000), que quiere diferenciarse de la epidemiología clásica o *biologicista* en el hecho de que para investigar las causas de las enfermedades que afectan a la comunidad no hay que buscar únicamente en la biología ni en las condiciones externas, pero naturales, a los individuos (como los agentes tóxicos), sino también, y sobre todo, en las condiciones sociales y no naturales que rodean a los individuos (clase social, ambiente laboral, relaciones familiares,...). Se trata de buscar, pues, las causas (sociales) de las causas (naturales) de las enfermedades socialmente prevalentes. El impacto de los DSS en la epidemiología como ciencia es nuevo (en 2008, la OMS publica el Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, liderado por M. Marmot), pero desde los años setenta y ochenta hay pruebas de esas *causas de las causas* (Informe Black e Informe Whitehal).

Este nuevo enfoque de la ciencia epidemiológica implica la aparición de nuevas y numerosas cuestiones filosóficas (epistemológicas, éticas, ontológicas,...) que

comienzan a preocupar a los epidemiólogos más conscientes (pero aún formados en los conceptos metodológicos clásicos de las ciencias naturales) y que no están tratadas con suficiente rigor, precisamente por la falta de hábito y formación de los científicos para abordarlas. En cualquier caso, es un campo de estudio relativamente nuevo que relaciona ciencia, epistemología y ética de una manera también nueva.

Ética de la salud pública: la autonomía

Los nuevos problemas éticos de la epidemiología y la salud pública, que en seguida relataré, conviven con las cuestiones éticas tradicionales de esas disciplinas, casi todas ligadas al conflicto entre la libertad o autonomía de las personas afectadas por las medidas de salud pública que toman las autoridades y el beneficio colectivo que las justifica, un ámbito más del viejo debate entre la libertad individual y el interés colectivo.

Conviene recordar que los inicios de la bioética están marcados por casos de salud pública. Los experimentos de la Unidad 731 llevados a cabo por el ejército japonés, probando armas químicas y bacteriológicas en la población civil china en los años previos a la Segunda Guerra Mundial, los horrores de la medicina nazi que todos conocemos, el experimento de la sífilis en la población norteamericana de Tuskegee, destapado por un periodista en 1972, en el que se negó a los sujetos del experimento tratamientos conocidos y eficaces para la enfermedad con el pretexto de que el valor científico del estudio (y, a la postre, el beneficio de la humanidad) lo justificaba, son los antecedentes históricos del nacimiento de la bioética como disciplina. Cabe recordar, también, que en 1974 el Congreso de los EE.UU. promulgó la National Research Award Act, y que la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y del Comportamiento elaboró una propuesta de regulación titulada "Principios éticos para la protección de los seres humanos en la investigación", más conocida como el Informe Belmont, que consolidó los principios fundamentales de la bioética: el de autonomía, el de beneficencia y el de justicia. Desde entonces, la bioética se ha centrado en los problemas de la ética clínica, marginando los de la salud pública, pero hoy día, inmersos como estamos en problemas éticos globales, a nadie debería sorprender que los problemas éticos de la salud pública vuelvan a tomar una especial relevancia académica y social.

La bioética, por muchos años ensimismada en la ética clínica y confundida, en la práctica, con ella, tiene que acostumbrarse a alternar la vocación autonomista de esta con la apertura a concepciones más comunitarias en las que el sujeto de la reflexión ética debe ser la población y no solo el individuo, ya que muchos de los problemas sanitarios que padecemos tienen una resolución comunitaria. Solo hay que pensar en los nuevos desafíos que afectan la salud de las poblaciones como las epidemias infecciosas a escala global (gripe A, SARS,...), la polución y los posibles desastres medioambientales, o las consecuencias de los desarrollos biotecnológicos también globales. La ética de la salud pública enlaza necesariamente la bioética con la ética global.

Algunas de las cuestiones y preguntas que afronta la ética de la salud pública son las siguientes:

- Cuando se produce una epidemia infecciosa, ¿qué restricciones a la libertad individual son legítimas y en qué grado? Esta pregunta afecta a las políticas de cuarentena, vacunaciones obligatorias o declaración obligatoria de enfermedades (en aduanas, trabajos peligrosos de cara al público,...).
- Cuando promocionamos los estilos de vida saludables, ¿hasta dónde debe llegar la intervención pública? Pensemos en las políticas que impiden fumar en espacios públicos, que obligan a usar el casco o el cinturón en determinados vehículos, o que controlan el uso de excesivas grasas en bares y restaurantes.
- ¿Cuál debe ser la responsabilidad individual en la propia salud? ¿Qué tipo de paternalismo debe ejercer el estado?
- ¿Qué controles debe haber en la investigación epidemiológica en países pobres o con poblaciones vulnerables? A menudo, el tercer mundo es el laboratorio de ensayo de vacunas y tratamientos médicos.
- ¿Se debe prohibir o se debe regular, y cómo, el turismo de trasplantes?
- ¿Cuáles son las obligaciones de los países en las emergencias internacionales de salud pública? Tenemos casos recientes como la gripe A o el SARS.
- ¿Cómo garantizar la confidencialidad en los biobancos genéticos?
- ¿Cómo lograr los consentimientos informados en las poblaciones cuando las intervenciones sanitarias son masivas o indiscriminadas, algo habitual en salud pública?

- ¿Qué prioridad debe haber entre gastar el dinero en una asistencia sanitaria cara que beneficia a pocos individuos o una mejora en las condiciones de vida de una población mayor?
- ¿Cuál deber ser la “buena conducta” de los epidemiólogos?

La mayor parte de los dilemas éticos de la salud pública que se plantean tienen que ver con 1) las razones que tenemos para que los estados restrinjan las libertades individuales en nombre de la salud de la población, 2) la atribución de responsabilidad sobre la salud individual, 3) el nivel de riesgo que consideramos socialmente aceptable, es decir, qué alcance debe tener el “principio de precaución”, 4) el mejor modo de respetar el consentimiento informado en la investigación en salud pública cuando este es imposible de obtener, y 5) la explotación de las poblaciones vulnerables, sobre todo en los países pobres.

Ética de la salud pública: la justicia

En los últimos años, como ya he dicho, la epidemiología tradicional o centrada en los factores biológicos de las epidemias se ha transformado en una epidemiología social, que afirma que existen causas sociales de las causas naturales de muchas enfermedades que afectan a las poblaciones. Ante las contundentes pruebas de esta afirmación en la literatura científica internacional recogidas en todo el mundo, en 2008 la Organización Mundial de la Salud se apresuró a recomendar que la mejor política de salud pública que se puede hacer consiste en redistribuir igualitariamente los determinantes sociales de la salud, que son los responsables principales de la mala salud de las poblaciones y de las iniquidades en salud, es decir, de las desigualdades injustas de salud, como por ejemplo las desigualdades en la esperanza de vida en función del territorio o el grupo social, o la prevalencia de determinadas enfermedades también en función de factores sociales, como por ejemplo la clase social, las condiciones laborales, la distribución de la riqueza, las políticas públicas (no únicamente las sanitarias) o la misma estructura política de una comunidad (Wilkinson, 2005; Kawachi y Kennedy, 2006; Rodríguez y Urbanos, 2008). Incluso la nueva Ley Española de Salud Pública (33/2011 de 4 de octubre) recoge claramente que, a partir de ahora, la salud tiene que ser una prioridad en todas las políticas.

Pues bien, la aparición de los DSS genera unos problemas éticos nuevos que hay que estudiar a fondo. Entre ellos, cabe destacar los siguientes.

1) Los relacionados con la igualdad de trato y la igualdad de oportunidades, puesto que el conocimiento sobre las causas sociales (a menudo evitables) de las enfermedades va ligado a la posibilidad de reducir las desigualdades injustas de salud. Esto significa que, junto a los principios éticos tradicionales de la ética de la salud pública, como el principio de no hacer daño (no-maleficencia o *harm principle* (Upshur, 2002)), se tiene que poner sobre la mesa el principio de solidaridad (Nuffield Council of Bioethics ²⁰¹¹) en la distribución de los DSS. El significado de la solidaridad y la justicia social en el área de la salud pública es un campo todavía inexplorado, puesto que ni los filósofos clásicos, ni la actual filosofía igualitarista de más renombre (como la de John Rawls) han tenido en cuenta, en general, los problemas de equidad en la salud pública, o lo han hecho de manera periférica (Sen, 2002; Dworkin, 2003), quizás con la excepción de Norman Daniels (Daniels, 2008).

2) Por lo tanto, hay que establecer vínculos entre las teorías de la justicia social y la desigualdad injusta de salud (Puyol, 2012). A partir de aquí, se abren varios interrogantes particularmente estimulantes para un filósofo moral y de la política. Por ejemplo, ¿hay que buscar una igualación estricta de los estados de salud (descontando la desigualdad natural y la derivada de los estilos de vida voluntarios), a pesar de que esto puede provocar una nivelación por abajo (*levelling down*) de la salud poblacional? ¿O hay que priorizar a los que tienen peor salud? ¿o lograr un nivel mínimo de buena salud para todo el mundo? No siempre estos objetivos son compatibles entre sí. Por ejemplo, reducir la contaminación mejora la salud de los que tienen peor salud, pero puede mejorar proporcionalmente todavía más la salud de los que la tienen mejor, aumentando las desigualdades entre ellos.

3) Hay que investigar la relación, habitualmente imprecisa, entre la responsabilidad personal y la social en la salud de los individuos. En la filosofía política contemporánea, el igualitarismo de la suerte hace hincapié en la cuestión de la responsabilidad individual como factor clave a la hora de determinar qué nos debemos unos a otros en materia de justicia. Este es una cuestión que podemos aplicar claramente a la responsabilidad por la salud. (Puyol, en revisión).

4) Hay que saber también si conviene comparar individuos o grupos a la hora de

evaluar las desigualdades de salud, o cómo evitar las discriminaciones en las políticas de salud pública (por ejemplo, en las políticas utilitaristas), o cómo tenemos que valorar los riesgos para la salud desde un punto de vista igualitario. Por ejemplo, ¿importa más la igualdad de resultados (en salud) o la igualdad de oportunidades en la asunción de riesgos para la salud? En el primer caso, impedimos que una parte de la población pueda tener una salud todavía mejor si esto comporta un aumento de la desigualdad en salud. En el segundo caso, si los riesgos son iguales para todos, respetamos la igualdad de oportunidades a pesar de que pueda aumentar la desigualdad en salud (Eyal, 2013).

5) También hay que estudiar las relaciones entre la epidemiología, la salud pública y la política. Desde la publicación del informe *The Solid Facts* (Wilkinson y Marmot, 1998) y el protagonismo creciente de las desigualdades injustas de salud en la literatura científica sobre salud pública y epidemiología, las cuestiones relativas a la ideología cobran una gran relevancia en el campo de la salud pública. Se abren muchos posibles interrogantes: ¿la epidemiología social tiene que estar ideológicamente orientada? ¿Hay una intención política en el estudio de las desigualdades (injustas) en salud? ¿La epidemiología es una ciencia libre de valores (morales y políticos)? Hay que reflexionar sobre las cuestiones de valor subyacentes a la investigación sobre los DSS para explicitarlas. Naturalmente, existen otros aspectos políticos de la salud pública ligados a la *biopolítica*, que ya hace tiempo que se están estudiando entre nosotros (Quintanas, 2013) y que forman parte del proyecto general sobre el trasfondo *biopolítico* de la bioética.

Bibliografía

- Berkman LF, Kawachi IO (2000): *Social epidemiology*, New York: Oxford University Press.
- Daniels N (2008): *Just Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dworkin R (2003): *Virtud soberana. La teoría y la práctica de la igualdad*. Barcelona: Paidós.
- Eyal N et al. (2013): *Inequalities in Health. Concepts, Measures, and Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Institut of Medicine (1988): *The Future of Public Health*. Washington: National Academy Press.
- Kawachi I, Kennedy BP (2006): *The health of nations: why inequality is harm to your health*. New York: The New Press.

- Nuffield Council of Bioethics (2007): *Public health: ethical issues*. London.
- Nuffield Council of Bioethics (2011): *Solidarity. Reflections on an emerging concept in bioethics*. London.
- Organización Mundial de la Salud (2008): *Subsanar la desigualdad en una generación. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS.
- Puyol A (2012): "Ética, equidad y determinantes sociales de la salud", *Gaceta Sanitaria*, 26(2): 178-81.
- Puyol A (en revisión) "¿Quién es el guardián de nuestra propia salud? Responsabilidad individual y social por la salud".
- Quintanas A (ed.) (2013): *El trasfondo biopolítico de la bioética*. Girona: Documenta Universtaria.
- Rodríguez M, Urbanos R (eds.) (2008): *Desigualdades sociales en salud*. Barcelona: Masson.
- Sen A (2002): "Why health equity?" *Health Economics*, 11: 659-66.
- Whitehead, M (1992): "The concepts and principles of equity and health", *Int J Health Services*, 22: 429-45.
- Wilkinson R (2005): *The impact of inequality. How to make sick societies healthier*. Oxford: Routledge.
- Wilkinson R, Marmot M (eds.) (1998): *Social determinants of health: the solid facts*. Centre for the Urban Health at the WHO Regional Office in Europe.
- Upshur REG (2002): "Principles for the Justification of Public Health Intervention", *Canadian Journal of Public Health*, 93(2): 101-3.