

La ética de la salud pública: Más allá del paradigma dominante en la bioética

Francisco Javier López Frías

Assistant Professor of Kinesiology and
Research Associate in the Rock Ethics Institute,
Universidad Estatal de Pensilvania, Estados Unidos
fjl13@psu.edu

Public Health Ethics: Beyond the Dominant in Bioethics

Jacqueline Netro Beltran

Estudiante de Master, UCLA
beltranjacqueline55@gmail.com

ISSN 1989-7022

RESUMEN: En este artículo proporcionamos un análisis de temas centrales en la disciplina de la ética de la salud pública. Partiendo de la presentación de cómo la salud pública presenta desafíos a la manera dominante de pensar la salud en la bioética, analizaremos tres cuestiones de tipo ético-filosófico que están a la base de la ética de la salud pública: la definición del concepto *pública*, los límites de las intervenciones de salud pública y los principios de decisión moral que se pueden emplear en dicho ámbito. Para concluir, presentaremos los diferentes modelos éticos de decisión que se han propuesto en la disciplina.

ABSTRACT: In this paper, we overview key themes in public health ethics. We provide an analysis of the challenges the discipline of public health raises to the most dominant way of thinking about health in bioethics. In particular, we focus on three foundational philosophical and ethical issues in the field of public health ethics, namely the definition of the concept of *public*, the limits of public health interventions, and public health ethical decision-making models. To conclude, we examine the main public health ethical decision-making models in public health ethics.

PALABRAS CLAVE: salud, público, bien común, bioética, ética aplicada

KEYWORDS: health, public, common good, bioethics, applied ethics

1. La salud pública: los aspectos obviados de la salud

La pandemia resultante de la expansión de la enfermedad de la COVID-19, causada por el coronavirus 2019, ha puesto de relieve la influencia que las condiciones sociales, culturales y políticas ejercen sobre la salud (CDC, 2020). Es más, a falta de una vacuna y un tratamiento médico efectivo, las medidas de salud para combatir el virus y frenar su expansión, que han sido impuestas y coordinadas por los gobiernos y por las agencias sanitarias estatales, se han centrado en modificar los hábitos cotidianos de las personas (v.g., lavarse las manos habitualmente, evitar llevarse las manos a la cara), sobre todo, los relativos al comportamiento social (v.g., permanecer en casa, distanciamiento social). Así mismo, la pandemia ha mostrado que el estatus socioeconómico de las personas es un condicionante clave de su salud, ya que la COVID-19 ha afectado más ampliamente a los grupos más desfavorecidos. Como afirma Regina Queiroz (2020), "*contra la comprensión de la COVID-19 como un fenómeno natural excepcional e inesperado, la ciencia ya ha relacionado la expansión del virus a nuestra forma de vida, así como las pandemias en general a la desigualdad y la discordia social*" (p. 60).

El conocimiento de los aspectos socioculturales y políticos de la salud posee siglos de antigüedad (Lee, 2017). El padre de la medicina, Hipócrates, concibió los hábitos y el contexto en que viven los individuos como determinantes de la salud (Schneider & Liliendorf, 2008). No obstante, en la actualidad, se ha impuesto una concepción *neoliberal*



de la salud que concibe a esta en términos biológicos e individualistas (Crawford, 1980; McGregor, 2001). La salud, en este sentido, tiene que ver principalmente con el hecho de que el cuerpo funcione de modo correcto a través del cuidado de uno mismo (por ejemplo, a través de dietas y de hábitos personales saludables) y del empleo de tratamientos y técnicas médicas para corregir los elementos disfuncionales del organismo. Según Ronald Bayer y Amy L. Fairchild (2004), este modelo de la salud conforma el paradigma dominante en el ámbito sanitario y en la bioética (p. 492).

La disciplina de la salud pública, por el contrario, se sustenta sobre una noción de la salud amplia o de tipo *holístico* o *constructivista*, siguiendo la terminología de Dominic Murphy (2015). Entendida de este modo, la salud es, en gran parte, el resultado de factores ambientales que afectan a las poblaciones, es decir, del ambiente y el contexto socioeconómicos en que los individuos desarrollan sus vidas. De este modo, la salud está ligada a los hábitos, las creencias, las condiciones económicas y las relaciones de poder que afectan a los individuos y sobre las que éstos, en tanto que individuos, solo poseen un control limitado.¹ Dada la sinergia entre la salud, el entorno social y la vida, expertos en la salud pública han caracterizado a esta disciplina como "*la ciencia de la justicia social*" (Horton, 2015) y han reclamado que "*es necesaria una filosofía moral en la salud pública que... tenga en cuenta la necesidad de encontrar discursos que vayan más allá de los que funcionan en el ámbito biomédico.*" (McManus, 2020, p. 1)

La ética de la salud pública, cuyos orígenes se remiten a las problemas éticos surgidos en los años 80 del siglo pasado alrededor de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (vid. Kass, 2017), trata de proporcionar dicha filosofía moral. Dado su énfasis en la relación entre la salud y los contextos en que viven las personas, la ética de la salud pública abre espacios de reflexión significativamente distintos a los explorados en el paradigma de la salud dominante en la bioética (Puyol 2014). Entre ellos cabe destacar: (1) la definición del concepto de salud, (2) las limitaciones morales de las intervenciones de salud pública y (3) la inadecuación de los modelos de decisión prevalentes en el ámbito clínico para resolver problemas éticos en el terreno de la salud pública.

2. Definiciones: la naturaleza de la salud pública y el concepto de salud

2.1. Breve historia de la salud pública

La salud pública, según Carles-Edward A. Winslow (1920), es tanto una ciencia como un arte cuyo objetivo es proteger y promover la salud a través de esfuerzos comunitarios organizados (Coggon & Gostin, 2020). Como arte, la salud pública es tan antigua como la humanidad, ya que todas las civilizaciones humanas poseen una "*historia de acciones colectivas relacionadas con la salud de la población*" (Porter, 1999, p. 4). Por ejemplo, los antiguos griegos destacaron por sus prácticas de cuidado y disciplinamiento del cuerpo en los gimnasios, los romanos por sus baños y acueductos, las ciudades medievales por sus medidas sanitarias para contener epidemias como la peste y las sociedades victorianas por su énfasis en la higiene. En tanto que disciplina científica, la salud pública surgió a raíz de la epidemiología, en concreto de los estudios de John Snow en Reino Unido durante el siglo XVIII.

Desde su nacimiento en el seno de la epidemiología, la salud pública, en tanto que rama científica, ha ido incrementando su ámbito de acción. En sus inicios, la disciplina se centraba principalmente en combatir enfermedades infecciosas masivas como la tuberculosis y ciertos tipos de gripe. Durante el siglo XX, la disciplina experimentó lo que Ángel Puyol González (2019) denomina como *un giro copernicano*, lo que la ha llevado a ampliar sus fronteras al estudio tanto de enfermedades crónicas no infecciosas (v.g., la obesidad, la diabetes, el cáncer) como de las condiciones sociales que afectan a la salud, es decir, los llamados "*determinantes socio-económicos* [y políticos (Viens, 2019)] *de la salud*" (Mastroianni et al., 2019). Estos determinantes incluyen aspectos como el acceso a la sanidad y la oportunidad de lograr un trabajo digno (Daniels, 2007). Tal es la relevancia de este tipo de factores en la salud que uno de los padres de la salud pública, Rudolf Virchow, afirmó: "*la medicina una ciencia social, y la política no es más que medicina en una escala mayor*" (Mackenbach, 2009) 2009.

Diversos historiadores británicos de la salud pública han categorizado de modo diferente las etapas por las que ha pasado la disciplina. Por ejemplo, concibiendo la salud pública como hija de la modernidad,² Davies y sus colaboradores (2014) identifican cuatro etapas: estructural, biomédica, clínica y social.³ En la etapa *estructural* (Davies et al., 2014, p. 1889), la salud pública se concibe en relación a los cambios estructurales llevados a cabo por los gobiernos para responder a los desafíos sanitarios generados por la revolución industrial, en concreto, la sobrepoblación, la contaminación, la explotación laboral y la malnutrición. El objetivo de estos cambios era prevenir la aparición de enfermedades infecciosas a través de la mejora de las *condiciones sanitarias* de los espacios en que vivían las personas (Hanlon et al, 2011, 31). Cambios como la canalización de agua potable y la creación de un sistema de aguas residuales modificaron la vivienda, el trabajo y los espacios públicos.

La etapa *biomédica* surgió a raíz de los descubrimientos médicos relativos a la transmisión y causas biológicas de las enfermedades infecciosas (Davies et al., 2014). Los grandes hitos de esta época están relacionados con el mejor conocimiento de las causas de las enfermedades contagiosas y el tratamiento de las infecciones bacteriológicas. Por un lado, los trabajos de Louis Pasteur y Robert Koch sobre la tuberculosis ayudaron a vislumbrar medidas para reducir la transmisión de la enfermedad, incluyendo la vacunación. Por otro lado, el descubrimiento de la penicilina por parte de Alexander Fleming en 1928 potenció la capacidad humana de tratar enfermedades infecciosas. Durante esta época, los científicos influyeron sobremanera las políticas sanitarias que caracterizaron a la época estructural y se convirtieron (junto con los ingenieros sociales) en los principales agentes de la promoción de la salud pública. Así, por ejemplo, la Ley de la Vacunación de Inglaterra de 1853 se propuso durante esta época (Davies et al., 2014, 1890)

La etapa *clínica* se define por el incremento del conocimiento sobre el funcionamiento del organismo humano relativo a las enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer y los problemas cardiovasculares. Por ejemplo, el *Framingham Heart Study* identificó los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (Davies et al., 2014, 1890). Las intervenciones para promover la salud pública llevadas a cabo en esta época asentaron las bases de las actuales. Partiendo de la identificación de los factores de riesgo ligados al desarrollo de enfermedades crónicas (v.g., problemas cardiovasculares y altos niveles de colesterol), las medidas preventivas se centraron en la promoción de estilos de vida saludables que redujeran la incidencia de dichos factores. Este tipo de políticas de promoción de la salud pública

dejaron en un segundo plano los cambios estructurales, que habían caracterizado a las épocas anteriores, y depositaron una gran responsabilidad en los individuos, pues son éstos quienes, de modo individual, han de modificar sus hábitos y costumbres para promover su salud.

La etapa *social* surgió a raíz de la mejor comprensión de los determinantes sociales de la salud (Puyol, 2014). Este conocimiento condujo a la disciplina de la salud pública en ir más allá de los factores puramente biológicos para atender también a los determinantes sociales (vid. nota 1). De igual modo, dada la incidencia de los aspectos sociales, las medidas de promoción de la salud no pueden aplicarse exclusivamente a nivel individual, sino que han de ser de carácter global y colectivo (Puyol 2014, p. 180). Según Ronald Bayer y Jonathan Moreno (1985), un momento fundamental de esta etapa es la publicación del informe *A new perspective on the health of Canadians* en 1974. Este documento, que concibe la salud como el resultado de la biología humana, el ambiente, el estilo de vida y el sistema sanitario, fue esencial para generar un debate en torno a la implicación que los gobiernos deben tener en la promoción de la salud de la población (Lalonde, 1974). Con ello, el informe puso los cimientos para el desarrollo de intervenciones de salud centradas tanto en la modificación de la conducta y de hábitos colectivos, como en la generación de responsabilidades sociales. Es decir, desde este momento, la salud pública se comenzó a concebir no solo como una disciplina que promueve la salud de la población, sino que, para llevar a cabo dicha tarea, requiere de la acción colectiva de la población.

Ahondando en el carácter colectivo y cooperativo de las medidas de promoción de la salud pública, Davies y sus colaboradores (2014) afirman que la disciplina debe progresar hacia una quinta etapa, que ellos denominan como *cultural*. El objetivo central de la disciplina en esta etapa sería la promoción de una cultura de la salud pública que “*promueva la participación activa de la población como un todo; y que renueve el objetivo de trabajar juntos para la promoción de la salud como un bien común*” (Davies et al., 2014, 1891). Esta cultura debe poner de relieve que todas las personas tienen una responsabilidad compartida de promover la salud y, por lo tanto, debe promover estrategias para involucrar al mayor número de personas posibles en la promoción de la salud de la población. Entre estas estrategias se encuentran la maximización del valor de los comportamientos saludables, la promoción de la elección de opciones saludables por defecto y la minimización de factores ambientales que promuevan comportamientos contrarios a la salud. La lucha contra el tabaco ofrece ejemplos de este tipo de intervenciones. El fumar se ve, cada vez más, como un comportamiento socialmente negativo, los estados incrementan los precios del tabaco a través de los impuestos y prohíben, o regulan, campañas comerciales para incrementar su popularidad.

2.2. La extensión de la salud pública como disciplina: ¿qué es lo público?

Expertos en la ética de la salud pública emplean diversas definiciones de la salud pública, no alcanzando un acuerdo alrededor de sus elementos esenciales (Dawson, 2011; Dawson & Verweij, 2007). Por ejemplo, el *Institute of Medicine* (1988) la define como “*lo que nosotros, en tanto que sociedad, hacemos para asegurar las condiciones para que la gente esté sana*”. De un modo similar, Gostin (2001) afirma que la salud pública es “*la obligación que la sociedad tiene para asegurar las condiciones para la salud de la gente*”. Por su parte, Donald Acheson (1998), defiende que la salud pública es “*la ciencia y arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de esfuerzos colectivos organizados por parte de la sociedad*”. Cen-

trándose en el tipo de esfuerzos que la sociedad debería llevar a cabo para promover la salud, Mark A. Rothstein (2002) sostiene que la salud pública *"tiene que ver con agentes públicos que toman las medidas apropiadas según una autoridad legal específica ... para proteger la salud pública"*. Analizando estas definiciones, Marcel Verweij y Angus Dawson (2007, p. 21) identifican dos elementos comunes: (1) la protección y promoción de la salud de las poblaciones, (2) por medio de intervenciones dirigidas por entes públicos. De este modo, ambos autores proponen la siguiente definición: *"intervenciones colectivas que tratan de promover y proteger la salud pública"* (Verweij & Dawson, 2007, p. 21).

La noción de la salud pública de Verweij y Dawson es incompleta, pues deja no aclara cómo debe comprenderse el carácter público de la salud. En este sentido, Lawrence O. Gostin (2001) distingue entre dos maneras de llevar a cabo tal tarea. Por un lado, la naturaleza pública de la salud puede entenderse de un *modo estrecho*, en función de los factores de riesgo de enfermedad o lesión a los que está expuesta una población. Por otro lado, de un *modo amplio*, la salud pública puede entenderse basada no solo en los elementos de riesgo anteriores, sino también en los condicionantes socioeconómicos de la salud, es decir, en cuestiones relativas al estatus social, la raza y los recursos económicos. En el caso del primer sentido de la salud pública, las medidas a utilizar para promover la salud son la supervisión de la salud de los individuos, la prevención de lesiones y el control de enfermedades infecciosas. Por su parte, entendida de un modo amplio, las intervenciones necesarias para fomentar la salud pública son mucho más profundas y enfocadas a la reorganización de la sociedad para que los individuos disfruten de condiciones de vida más saludables. En este sentido, el objetivo de la salud pública es establecer y promover condiciones contextuales que protejan y promuevan la salud, lo cual requiere tanto de intervenciones colectivas protagonizadas por la población como de propuestas de corte legislativo-regulativo por parte de los estados y entes públicos (Adler & Stewart, 2010).

En el ámbito de la salud pública no solo se afirma que la visión amplia de la salud es más acertada, sino que las intervenciones diseñadas en base a ella son más efectivas que cualquier otro modo de promoción de la salud. En este sentido, Marmot afirma: *"dejé la medicina clínica porque no pensaba que las causas de la enfermedad-salud y de las desigualdades sociales con respecto a la salud tuvieran mucho que ver con lo que los médicos hacían"* (Marmot, 2016, p. 20). Con esta afirmación, Marmot ataca el modelo de la salud dominante en la práctica médica actual (y en la bioética), que ha sido denominado como *clínico* o *biologicista*. Este modelo pone énfasis en la salud de cada paciente individual o, más bien, en los procesos de tipo biológico-mecánico determinantes de la misma. En este modelo, el concepto bioestadístico de la salud de Christopher Boorse (2011) resulta clave, ya que proporciona una noción ideal y típica de la salud, que actúa como rasero para evaluar los niveles de salud del sujeto a diagnosticar. El objetivo último del diagnóstico es identificar y corregir los elementos nocivos, o más bien los procesos y elementos *atípicos*, que dificultan el funcionamiento adecuado del cuerpo (Engelhardt, 2002).

En el modelo clínico, las intervenciones por excelencia son aquellas de corte biomédico, como, por ejemplo, la cirugía o los medicamentos. Estas tienen como objetivo modificar directamente los procesos biológicos clave en el funcionamiento del cuerpo para corregirlos y aproximarlos a niveles típicos. A diferencia del carácter colectivo de las intervenciones de salud pública, las de tipo clínico tienen lugar en el contexto privado de los individuos. Como

veremos, esto resulta clave a la hora de concebir las tareas y temas de la bioética y la ética de la salud pública. Para ilustrar la diferencia entre el modelo clínico y el de la salud pública, podemos tomar como ejemplo el caso de los problemas de salud relacionados con el sobrepeso y la obesidad, es decir, la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares e infartos, los cuales son cada vez más habituales en países de ingresos altos. Por ejemplo, en Estados Unidos, dónde más de un tercio de la nación tiene sobrepeso, la obesidad se considera una epidemia.

Desde una perspectiva clínica, el origen de los problemas de salud derivados de la obesidad se localiza en factores que tienen que ver con las personas en tanto que individuos, es decir, factores genéticos y alimenticios. Igualmente, las intervenciones se enfocan en los individuos. Por ejemplo, se recurre a la cirugía para reducir el apetito y mejorar la dieta del paciente. Por el contrario, el modelo de salud pública se centra en el contexto en que viven las personas con problemas de obesidad, en concreto, en lo que se denomina *ambiente obesogénico*. De este modo, el profesional de la salud pública identifica los factores contextuales que promueven la obesidad en una particular población o grupo de individuos y, con ello, trata de llevar a cabo medidas de tipo colectivo que reduzcan los factores que fomentan la obesidad. Un ejemplo de este tipo de intervención es el impuesto sobre las comidas y las bebidas altas en calorías.

El concepto amplio de la salud sobre el que se sustenta la salud pública va abriéndose paso en el contexto sanitario actual. Así, por ejemplo, en 1946, la OMS definió la salud como “*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 1946, p. 1). El énfasis que este concepto pone en los aspectos sociales y mentales apunta más allá de la noción biologicista de la salud. Igualmente, en 1988, el Instituto de Medicina (IOM), en su informe *El futuro de la salud pública* (1988), define la salud como “*lo que nosotros como sociedad hacemos de manera colectiva para asegurar las condiciones para que la gente pueda estar sana*”. A pesar de la mayor aceptación de conceptos de la salud más amplios, en el contexto sanitario actual, el modelo clínico de la salud es predominante. Entre las causas de este predominio destacan las tres siguientes.

Primero, el carácter amplio del concepto de salud a la base de la salud pública hace muy complicado y complejo determinar de modo claro y práctico qué sea la salud. Por ejemplo, en la definición de la OMS, puede decirse que resulta muy difícil dilucidar a qué se refiere el término *bienestar social*. Esto genera un segundo problema, el cual tiene que ver con la extensión y el alcance de las medidas de salud pública, a saber: el relativo a las metas y los objetivos de la salud pública. Si la meta es el bienestar social, por ejemplo, cabe preguntarse si políticas sociales como, por ejemplo, de redistribución de renta o la prohibición de la posesión de armas deben como parte de la salud pública. De ser así, la salud pública corre el riesgo de difuminarse y solaparse con otras disciplinas como la política o la justicia social. Esto es crucial porque, de ser vista como una cuestión de incidencia política, es decir, ligada a determinadas posiciones políticas, la salud pública perdería parte de su apoyo público y legitimidad, ya que aquellos que no comulguen con los principios políticos que están a su base, por ejemplo, la redistribución de la riqueza (Jennings et al., 1988), rechazarán la disciplina por completo. Un ejemplo de este fenómeno se encuentra en el uso de máscaras durante la pandemia del coronavirus en Estados Unidos. En este país, las máscaras han pasado de ser un elemento esencial para detener la expansión del virus a un campo de batalla entre políticos conservadores y progresistas (Stanley-Becker, 2020). Por ello, en el informe sobre el concepto de la solida-

ridad en la salud pública del *Nuffield Council on Bioethics*, Barbara Prainsack and Alena Buyx (2011) defienden la necesidad de justificar las intervenciones de salud pública en conceptos que posean la menor carga normativa posible (es decir, lo más alejados posible de concepciones particulares de la vida y la política) para que la mayoría de las personas en sociedades pluralistas puedan estar de acuerdo sobre ellos (vid. Prainsack & Buyx, 2012). Conceptos que estén muy próximos a una determinada ideología política, según Prainsack and Buyx, fracasan a la hora de motivar a las personas a dejar de lado sus intereses y creencias para promover la salud de la población.

Segundo, con el avance de la Modernidad y, sobre todo, de la ciencia moderna, la explicación de las causas *mecánicas* de la realidad se ha convertido en un elemento esencial de nuestra mentalidad. En el ámbito de la medicina, por ejemplo, el estudio científico de la salud tiene como objetivo principal la intervención directa en el organismo humano para eliminar, del modo más inmediato y efectivo, aquellos elementos que impiden su funcionamiento correcto. Esta fascinación por y énfasis en la intervención técnica y eficiente de la realidad no es exclusiva de la medicina, sino que se extiende a toda práctica social. En relación a dicha mentalidad, la tercera causa de la prevalencia del modelo clínico es que este va de la mano con los principios éticos neoliberales dominantes en las sociedades modernas, a saber, la autonomía individual y el egoísmo. En el modelo clínico, el peso de la libertad individual se ha incrementado tanto que, por ejemplo, el contexto médico se ha convertido en un mercado al que los individuos acuden para satisfacer sus necesidades e intereses del modo más eficiente posible. Así, pues, el ámbito médico se somete a los mandatos de la racionalidad técnica y de mercado. El paciente es, en el contexto actual, un cliente cuya decisión autónoma prevalece sobre cualquier otro interés o valor. Respecto a la mercantilización de la salud⁴ no puede obviarse el peso e influencia de las industrias sanitarias y biomédicas en la promoción de los tratamientos curativos sobre los preventivos, lo cual pone más barreras en el camino de la expansión de la salud pública (Arnold, 2009; Davis & González, 2016; Marks, 2018).

Dada la influencia de las ideologías mercantilistas y neoliberales sobre la práctica sanitaria, tal y como ha mostrado James F. Childress (1990), el principio de autonomía se ha convertido en el elemento normativo central en el contexto sanitario, especialmente en el ámbito clínico. Así pues, muchos bioéticos afirman que el principio de autonomía *mal entendido* ha desvirtuado la naturaleza de la práctica médica (Schramm & Kottow, 2001), ejerciendo una influencia dominante sobre el resto de principios normativos, a saber: la justicia, la beneficencia y la no maleficencia (Beauchamp & Childress, 2002; Gracia Guillén, 2008). En un artículo sobre los dogmas de la ética de la bioética, Angus Dawson (2010) afirma que las apelaciones a la autonomía como principio supremo de la bioética son problemáticas por tres razones: (a) en algunos casos la autonomía no tiene por qué prevalecer sobre otros valores (por ejemplo, en casos en que tratar de obtener consentimiento informado es contraproducente para la salud del paciente), (b) las apelaciones al principio de autonomía, en algunos casos, carecen de justificación, es más, (c) en los casos que las referencias a la autonomía poseen justificación, esta es demasiado simplista. Por ejemplo, se apela a la noción de libertad de John Stuart Mill para defender la inviolabilidad de la misma cuando, de hecho, el propio filósofo utilitarista defiende la necesidad de limitar la autonomía en ciertas situaciones (v.g., cuando una persona trata de venderse como esclava). Con su crítica a los dogmas relativos al uso del concepto de autonomía, Dawson (2010) no quiere afirmar que la autonomía deba dejarse de lado en el

contexto de la práctica médica, sino que “*hay otros valores igualmente importantes que deben tomar preferencia sobre la autonomía, al menos en algunos casos.*” (p. 221)

El distinto carácter del concepto de salud a la base de la salud pública genera desafíos teóricos distintos a los que encontramos en el ámbito de la medicina clínica y, por lo tanto, de la bioética. Así, Onora O’Neill (2002, 37-38) afirma:

“El énfasis en la autonomía individual sugiere que toda imposición con el fin de promover la salud es incorrecta ... Si comenzamos por ese presupuesto ... las medidas de salud pública son inevitablemente sospechosas [porque algunas de ellas] tienen que ser impuestas porque no es técnicamente posible ponerlas en funcionamiento de modo que encajen con las preferencias individuales”.

En particular, el cuestionamiento del valor de la autonomía individual genera, por un lado, problemas relativos a la estabilidad, funcionamiento y legitimación de las intervenciones de salud pública y, por otro lado, dificultades a la hora de adoptar un modelo de decisión ética que, a diferencia de los existentes en el ámbito de la bioética, no otorgue primacía absoluta a la autonomía y, con ello, permita captar y confrontar mejor los problemas propios en el ámbito de la salud pública apelando a una gama más amplia de valores.

3. Los límites de la salud pública. El desafío de justificar intervenciones paternalistas

Al poner en cuestión el modelo clínico, la salud pública socava las bases de la medicina moderna, es decir, el carácter técnico (y mercantilizado) del contexto clínico y el dominio de la autonomía como principio ético clave en la toma de decisiones. La salud pública también posee un enfoque técnico, en tanto que se propone intervenir en la sociedad para modificar los factores que impiden el desarrollo de vidas saludables. No obstante, esta no concibe la salud como un bien individual que cada cual ha de perseguir en función de su propia visión del mundo, sino más bien como un bien público o común. De este modo, la promoción y el logro de la salud se tornan una cuestión de responsabilidad colectiva o de *solidaridad* (Jennings & Dawson, 2015).

Aunque la autonomía juega un papel central en la salud pública, no posee un valor absoluto, siendo posible justificar la limitación de la misma en función de otros objetivos, tales como la generación de mejores condiciones de justicia o la promoción de bienes comunes. De hecho, uno de los debates centrales en la ética de la salud pública surge en relación a la limitación de la autonomía individual para promover la salud. Dicho debate puede resumirse en la siguiente pregunta: “*¿quién tiene el derecho a modificar el comportamiento de quién y en qué circunstancias?*” (Bayer & Moreno, 1986, p. 73). Es decir, dado que la libertad es un valor clave en sociedades democrático-liberales, ¿cómo puede justificarse la intervención pública en la vida privada de los individuos con el fin de fomentar la salud? El debate en torno a la vacunación ilustra esta problemática. Las vacunas son el modo más efectivo de prevenir muchas enfermedades infecciosas. A pesar de ello, en los últimos tiempos, especialmente en los Estados Unidos y Europa, se ha generado un movimiento de rechazo hacia la vacunación (Hausman, 2019). Este rechazo se cimienta en creencias políticas, morales y religiosas relativas tanto a los efectos de la vacunación, como a la autoridad del gobierno y de los estamentos médico y científico. Por ejemplo, la falsa creencia de que la vacuna del sarampión causa autismo y problemas intestinales ha generado preocupación y rechazo entre los padres a la hora de vacu-

nar a sus hijos. ¿Está el gobierno, o alguna entidad estatal, justificados en limitar la autonomía de los individuos e intervenir en sus vidas privadas?

En caso de responder a la cuestión anterior de modo afirmativo, hay que ir más allá y preguntarse por el cuándo y el porqué de dichas intervenciones de salud pública. Como afirma Dawson (2010), hay dos tipos de respuestas, las cuales resultan en dos modelos distintos de ética de la salud pública. El primero, que él denomina *milleano*, se cimenta sobre el principio liberal de la libertad individual entendida en función de la siguiente formulación del principio de la autonomía:

“hay una esfera de acción en la cual la sociedad, como distinta del individuo, no tiene, si acaso, más que un interés indirecto, comprensiva de toda aquella parte de la vida y conducta del individuo que no afecta más que a él mismo, o que si afecta también a los demás, es solo por una participación libre, voluntaria y reflexivamente consentida por ellos. Cuando digo a él mismo quiero significar directamente y en primer lugar; pues todo lo que afecta a uno puede afectar a otros a través de él, y ya será ulteriormente tomada en consideración la objeción que en esto puede apoyarse. Esta es, pues, la razón propia de la libertad humana” (Mill, 2013, p. 69).

Según Mill, la libertad consiste en la posibilidad que los individuos tienen de disfrutar de una esfera propia de acción. Dentro de esta, los sujetos pueden hacer lo que les venga en gana, siempre que reconozcan esa misma posibilidad al resto de individuos, es decir, siempre que no invadan otras esferas de acción. En este sentido, siguiendo la definición de Mill, en lo que respecta a la salud ha de afirmarse que: *“cada uno es el guardián natural de su propia salud, sea física, mental o espiritual [siempre que con ello no afecte la salud física, mental o espiritual de otros]”* (Mill, 2013, p. 68). Así pues, la propuesta de tipo milleano toma el principio de *no interferencia de la libertad* para limitar las intervenciones dirigidas a promover la salud.

La segunda propuesta que Dawson analiza es la ética sustancial de la salud pública. Esta concibe la salud dentro del marco de la justicia, es decir, en relación con la necesidad de generar condiciones de salud para que los individuos tengan *las mismas oportunidades de llevar a cabo los modos de vida que tienen razones para valorar*. En esta segunda propuesta, la salud es un bien cuya promoción y protección es una cuestión pública, es decir, de responsabilidad colectiva (Puyol, 2017). Concebida de este modo, que se asemeja, por ejemplo, a la ética de la salud pública constitucional (*o republicana*) de Beauchamp, la evaluación de las intervenciones de salud pública ha de centrarse en la promoción y la protección de valores sociales relativos al hecho de que inevitablemente somos seres sociales, es decir, a principios como la solidaridad, la reciprocidad y la confianza:

“[S]i crecemos en una sociedad en la que todo el mundo alrededor está fumando, hay una probabilidad alta de que yo acepte esta norma y fume. Sin embargo, si crezco en un lugar donde poca gente fuma, particularmente donde pocos familiares y amigos fuman, entonces la norma va en contra del fumar, y es más probable que no fume” (Dawson, 2014, p. 536).

En relación al carácter social de nuestra existencia y de la salud, afirma Beauchamp, nuestra salud y nuestro bienestar deben concebirse en función de la participación en grupos, del formar parte del *cuero político* (Beauchamp, 1986). Los seres humanos, pues, poseemos un carácter dual. Por un lado, tenemos intereses y derechos privados. Por otro lado, somos miembros de una comunidad política. Ninguno de estos dos polos debe negarse a la hora de justificar de modo adecuado nuestras acciones. Como afirma Gostin (2001), para que la gente tenga vidas saludables, todos han de organizarse y estructurar la sociedad para generar

una infraestructura que les permita alcanzar buenas condiciones de protección ambiental, higiénica, sanitaria, buenos niveles de agua y aire limpios, carreteras seguras, comida sin contaminar y control sobre enfermedades contagiosas. Ninguna de estas condiciones puede lograrse exclusivamente a través del esfuerzo de un individuo, sino que se requiere de la acción colectiva de las personas.

Desde esta perspectiva más sustancial, la visión milleana de la ética de la salud pública resulta, cuanto menos, simplista. Entre otras cosas, cabe dudar de que existan acciones que solo afecten al individuo que las lleva a cabo sin tener ningún efecto en terceros. Es decir, el modelo milleano obvia el carácter relacional de la vida humana, ignorando el contexto y las fuerzas que contribuyen al desarrollo de la salud. En este sentido, Dawson recupera la distinción entre autonomía negativa y autonomía positiva popularizada, entre otros, por Isaiah Berlin. Si bien la autonomía negativa tiene que ver con poder "*actuar sin ser obstaculizado por otros*" (Berlin, 2003, p. 191), la positiva se refiere al *autodominio* (Berlin, 2003, p. 204), es decir, a las capacidades que permiten a cada uno decidir su propia vida. En resumen, la libertad negativa supone un *ser libre de* elementos externos, mientras que la positiva es *ser libre para* decidir nuestra vida.

La libertad positiva, como afirma Berlin, depende inexorablemente de las condiciones sociales y económicas que permiten a los individuos desarrollar las capacidades para forjar sus propias vidas. Así pues, parece equivocado plantear el debate en torno a las intervenciones de salud pública en términos de una lucha entre la sociedad o comunidad y el individuo, tal y como hace el modelo milleano. La autonomía positiva solo puede adquirirse en interacción con otros, es decir, formando parte de comunidades, pues solo dentro de ellas los individuos pueden desarrollar las capacidades de decisión ética y encontrar las condiciones adecuadas para actuar de modo plenamente autónomo⁵. Además, añade Dawson, la autonomía es un valor clave en nuestras sociedades, pero no el único. En este sentido, el propio Mill, en ocasiones, supedita el valor de la autonomía a otros elementos normativos como la noción de lo que es bueno para el ser humano. La justicia es uno de estos valores clave (Puyol, 2014).

De un modo similar, Johannes Kniess (2015) afirma que la libertad es importante en nuestras sociedades, pero también lo es la igual libertad de todos los individuos para elegir sus propias vidas. Si las decisiones de una parte de la sociedad reducen considerablemente las posibilidades que otros poseen para determinar sus vidas, entonces la intervención de salud pública estaría justificada con el fin de que las oportunidades de determinar sus vidas sean repartidas de modo más equitativo. Kniess, por ejemplo, analiza la posibilidad de desarrollar intervenciones públicas para reducir la obesidad. Con respecto al problema de la obesidad, Kniess distingue entre dos tipos de individuos: amantes de la comida (*food lovers*) y los que comen involuntariamente demasiado (*involuntary overeaters*). Según Kniess, lo que diferencia a ambos tipos de individuos es el grado de autonomía a la hora de decidir por un tipo de vida poco saludable plagado de problemas de salud relacionados con la obesidad. El amante de la comida toma dicha decisión de un modo completamente voluntario, es decir, sabe cuáles son las consecuencias e implicaciones de sus actos, pero, tras dicha evaluación racional, opta por poner en riesgo parte de su salud a cambio de poder disfrutar los placeres de la buena comida. Por el contrario, el que come de más de manera involuntaria carece de ese grado de autonomía. Por ejemplo, hay quien no comprende las consecuencias negativas de la obesidad, o quien no puede resistir la tentación de comer cierta comida aun sabiendo que eso es

malo para su salud. Dado que no todos los individuos poseen la misma capacidad de decidir de modo autónomo, Knies cree que la autonomía de los primeros puede ser limitada de un modo justificado para dotar a los segundos de mayores oportunidades para ser autónomos. Esta es una cuestión de justicia, que primaría sobre la autonomía.

4. Modelos de decisión ética en la salud pública: los principios de la ética de la salud pública

El principialismo de Beauchamp y Childress ha sentado las bases no solo de la discusión ética en el terreno de la medicina, sino también de la práctica ética en el marco de la atención sanitaria (Romero, 2013). A pesar de las limitaciones que ofrece el principialismo, como muchos de sus críticos han apuntado (Clouser & Gert, 1990; McGrath, 1998), este también se ha presentado en el terreno de la ética de la salud pública como el modo más adecuado de informar tanto los debates éticos en la disciplina como la práctica de los profesionales dentro de dicho ámbito. No obstante, hay una gran diferencia entre el principialismo en la ética médica y el de la salud pública: si bien los cuatro famosos principios de Beauchamp y Childress fueron aceptados en el ámbito de la ética médica casi sin que se presentaran otros principios alternativos, este no ha sido el caso de la ética de la salud pública.

Como muestra Lisa Lee (2012, p. 87), los diversos modelos de decisión en la ética de la salud pública pueden agruparse en dos categorías: teóricos y prácticos. Los últimos parten de la experiencia, las necesidades y los problemas a los que se enfrentan los profesionales de la salud pública y emplean conceptos de propuestas filosóficas para guiar a los profesionales de la salud pública. Por su parte, los modelos teóricos se extraen directamente de propuestas filosóficas concretas, tratando de proporcionar marcos teóricos desde los que interpretar las cuestiones éticas relativas a la salud pública.

En lo que respecta a los modelos prácticos, Lee cita la propuesta de Nancy Kass en 2001 como la primera en presentar un modelo de dicho tipo. Tal propuesta se fundamenta en dos principios fundamentales: derechos (tanto positivos como negativos) y justicia social. El objetivo principal de dicho modelo es doble. Por un lado, identificar el nivel mínimo de interferencia necesario para mejorar la salud de los individuos sin que éstos vean sus derechos negativos en peligro. Por otro lado, incrementar la igualdad social y reducir la disparidad en términos de salud.

En 2002, Ross Upshur propuso su propio modelo a través de la identificación de los principios morales más discutidos y empleados en el campo de la ética de la salud pública. Con ello, identificó el daño, los medios menos coercitivos o restrictivos, la reciprocidad y la transparencia como los cuatro principios fundamentales de la disciplina. Entre ellos, Upshur afirma que, siguiendo a Mill, el principio del daño es el más importante, ya que la única justificación para imponer una decisión sobre otro individuo es prevenir el daño a terceros. Cimentándose sobre este modelo, Alison Thompson y sus colaboradores (2006) propusieron el modelo práctico más abarcante y desarrollado dentro de la ética de la salud pública. En este se presentan diez valores fundamentales y cinco principios operacionales. Los primeros son:

1. la obligación de proporcionar cuidado, que exige a los profesionales ayudar a aquellos que están sufriendo.

2. equidad, que asegura que todas las personas tengan una demanda de cuidado igual.
3. libertad individual, que demanda respetar la autonomía individual y limitar las restricciones que le afectan.
4. privacidad, que consiste en respetar la privacidad de cada individuo obligando a que revele su información personal solo cuando no existe un medio menos intrusivo para proteger la salud pública.
5. proporcionalidad, que asegura que la libertad sea restringida solo en función del grado de necesidad o riesgo existente en la comunidad.
6. protección del daño, que, al igual que en el modelo de Upshur, es concebido como el principio esencial de la salud pública.
7. reciprocidad, que consiste en la exigencia de cumplir las normas legítimas de salud pública para ayudar a aquellos que sufren una carga desproporcionada.
8. solidaridad, que enfatiza la necesidad de colaborar sistemáticamente para cumplir y apoyar las medidas de salud pública.
9. administración, que exige a aquellos al cargo de las políticas de salud pública que actúen de modo ético y genere confianza.
10. confianza, que es concebido como un principio que se aplica a todos los niveles del sistema de salud pública.

Por su parte, los principios operacionales exigen que la toma de decisiones se realice de modo que: (a) se tenga en cuenta el punto de vista de todas las partes interesadas que son afectadas por la decisión (inclusividad); (b) sea defendida y quede abierta a escrutinio público (apertura y transparencia); (c) se base en evidencia y en principios aceptados por los principales interesados; y (d) quede abierta a la posibilidad de ser revisada y reformulada cuando se presente nueva información (responsividad).

En lo que respecta a los modelos teóricos, éstos se proponen como reacción a los modelos más ampliamente aceptados en las tres corrientes éticas dominantes en el ámbito clínico: utilitarista, comunitaria y deontológico. Entre estas propuestas cabe destacar:

- El modelo feminista de la ética del cuidado propuesto por Marc Roberts y Michael Reich (2002), el cual se fundamenta en la idea de que las relaciones de cuidado entre los individuos son fundamentalmente desiguales, es decir, los individuos no pueden ser imparciales respecto al proveer cuidado. Basándose en esta premisa, esta propuesta defiende que las políticas sanitarias deben modificarse para enfatizar el valor de los círculos de personas dentro de los que se cuida a los necesitados. Por ejemplo, este modelo ético remarca el papel que las familias juegan en el cuidado y exige a las instituciones al cargo de las políticas sanitarias que tomen en cuenta el punto de vista de los familiares cercanos y el tipo de cuidado que pueden ofrecer.
- El civismo republicano de Bruce Jennings (1989, 2007) propone separarse del modelo liberal dominante no solo en la bioética, sino también en la ética de la salud pública para basarse en el republicanismo cívico. En este, según Jennings, pueden encontrarse cuatro valores fundamentales para proveer a la ética de la salud pública de un fundamento normativo distinto al liberal: libertad, respeto por la diversidad, virtud cívica y lo público. El objetivo de esta propuesta es generar espacios públicos y un sentimiento

cívico que permitan a los individuos, a pesar de su diversidad, generar redes de relaciones de reciprocidad y mutualidad con el fin de perseguir bienes comunes.

- El personalismo de Carlo Petrini y Sabina Gainotti (2008) parte también de la crítica al modelo liberal y principialista dominante en la bioética para proponer que la bioética y la ética de la salud pública deben cimentarse normativamente en una definición clara del concepto de persona. Establecer los límites y valor de dicho concepto permitiría a los sujetos determinar qué elementos comunes comparten los seres humanos y cuáles deber ser respetados. De este modo, se enfatiza la protección del débil y enfermo y se toma la dignidad como concepto clave e inalienable.
- El modelo relacional de Nuala Kenny y Mita Giacomini (2005) pone en cuestión el concepto de autonomía clásico utilizado en la bioética proponiendo una interpretación más social, relacional o comunitaria del mismo. En esta interpretación, el concepto de autonomía es concebido a raíz de nuestra constitutiva ligazón a los otros, es decir, en relación a nuestra condición de seres interrelacionados. Los tres valores principales de esta propuesta son la autonomía relacional, la justicia social relacional y la solidaridad relacional.

Según Lisa Lee, tanto las propuestas basadas en la práctica como las fundadas en propuestas teóricas tienen sus limitaciones. Las primeras permanecen demasiado cercanas a la práctica, careciendo de un fundamento normativo sólido. Por su parte, las segundas poseen dicho fundamento, pero presentan problemas a la hora de ser trasladadas de modo directo al ámbito práctico. Dadas las carencias de ambos tipos de propuestas, Lee invita a seguir reflexionando sobre los modelos de ética de la salud pública para encontrar un conjunto de herramientas para diagnosticar y dar respuesta a los principales problemas éticos dentro de la disciplina de la salud pública.

5. Conclusión: desde la bioética clínica a la ética de la salud pública

En este texto hemos presentado los principales desafíos éticos y filosóficos a la base de la disciplina de la ética de la salud pública. Para ello, primero, hemos proporcionado un breve repaso a la especificidad e historia de la salud pública como disciplina. Con ello, hemos remarcado cómo su modo de concebir la salud de un modo amplio (con respecto a la visión de la salud que encontramos en el contexto clínico) genera espacios de reflexión que no pueden ser explorados en el paradigma dominante en la bioética. Esta no posee las herramientas adecuadas para analizar las cuestiones ético-filosóficas generadas por la salud pública, ya que centra su análisis en el contexto del tratamiento clínico y el empleo de los cuatro principios de la bioética, especialmente la autonomía. Tras ello, hemos analizado diversos desafíos para la salud pública, mostrando la necesidad de proporcionar, primero, un concepto de salud más abarcante que el puramente biologicista, segundo, un aparatage teórico que permita concebir la salud no sólo en función de la autonomía, sino como un bien común y colectivamente generado necesario para el desarrollo de una vida humana plena y, tercero, modelos de decisión ética que vayan más allá de los actualmente empleados en el contexto de la bioética. Al igual que en la salud pública se discute la necesidad de entrar en una quinta etapa de la disciplina, parece que la irrupción de la salud pública en el ámbito de la reflexión bioética también nos obliga pensar cuál es el estatus del paradigma dominante en la misma.

Bibliografía

- Acheson, S. D. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*. Stationery Office.
- Adler, N. E., & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 5-23. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x>
- Arnold, D. G. (Ed.). (2009). *Ethics and the business of biomedicine*. Cambridge University Press.
- Bayer, R., & Moreno, J. D. (1986). Health promotion: Ethical and social dilemmas of government policy. *Health Affairs (Project Hope)*, 5(2), 72-85.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Principios de ética biomédica*. Masson.
- Berlin, I., Urrutia, B., Bayón Cerdán, J., & Rodríguez Salmones, N. (2003). *Cuatro ensayos sobre la libertad*. Alianza.
- Boorse, C. (2011). Concepts of Health and Disease. En F. Gifford (Ed.), *Philosophy of Medicine* (pp. 16–13). Elsevier.
- CDC. (2020, febrero 11). *Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq.html>
- Childress, J. F. (1990). The Place of Autonomy in Bioethics. *Hastings Center Report*, 20(1), 12–17.
- Clouser, K. D., & Gert, B. (1990). A critique of principlism. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 15(2), 219-236. <https://doi.org/10.1093/jmp/15.2.219>
- Coggon, J., & Gostin, L. O. (2020). The two most important questions for ethical public health. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 42(1), 198-202. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz005>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 10(3), 365-388. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- Daniels, N. (2007). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press.
- Davis, J. E., & González, A. M. (Eds.). (2016). *To fix or to heal: Patient care, public health, and the limits of biomedicine*. New York University Press.
- Dawson, A. (2010). The Future of Bioethics: Three Dogmas and a Cup of Hemlock. *Bioethics*, 24(5), 218–225.
- Dawson, A. (2011). *Public Health Ethics: Key Concepts and Issues in Policy and Practice*. Cambridge University Press.
- Dawson, A., & Verweij, M. (2007). *Ethics, Prevention, and Public Health*. Oxford University Press.
- Engelhardt, H. T. (2002). Health, Disease, and Persons: Well-Being in a Post-Modern World. En P. Taboada, K. F. Cuddeback, & P. Donohue-White (Eds.), *Person, Society and Value: Towards a Personalist Concept of Health* (pp. 147-163). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-2570-5_7
- Gostin, L. O. (2001). Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the Late Jonathan Mann. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29(1), 121-130. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2001.tb00698.x>
- Gracia Guillén, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Triacastela.
- Hausman, B. L. (2019). *Anti/vax: Reframing the vaccination controversy*. ILR Press, Cornell University Press.
- Horton, R. (2015). Offline: Chronic diseases—the social justice issue of our time. *The Lancet*, 386(10011), 2378. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01178-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01178-2)
- Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. (1988). *The Future of Public Health*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218218/>
- Jennings, B. (1989). Bioethics as Civic Discourse. *Hastings Center Report*, 19(5), 34.
- Jennings, B. (2007). Public Health and Civic Republicanism: Towards an Alternative Framework for Public Health Ethics. En A. Dawson & M. Verweij (Eds.), *Ethics, Prevention, and Public Health*. Clarendon Press.
- Jennings, B., Callahan, D., & Caplan, A. L. (1988). Ethical Challenges of Chronic Illness. *Hastings Center Report*, 18(1), 1–16.

- Jennings, B., & Dawson, A. (2015). SOLIDARITY in the Moral Imagination of Bioethics. *Hastings Center Report*, 45(5), 31–38.
- Kass, N. E. (2017). A journey in public health ethics. *Perspectives in Biology and Medicine*, 60(1), 103-116. <https://doi.org/10.1353/pbm.2017.0022>
- Kenny, N., & Giacomini, M. (2005). Wanted: A New Ethics Field for Health Policy Analysis. *Health Care Analysis*, 13(4), 247-260. <https://doi.org/10.1007/s10728-005-8123-3>
- Kniess, J. (2015). Obesity, Paternalism and Fairness. *Journal of Medical Ethics*, 41(11), 889–892.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of Supply and Services Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lee, L. M. (2012). Public Health Ethics Theory: Review and Path to Convergence. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 40(1), 85–98.
- Lee, L. M. (2017). A Bridge Back to the Future: Public Health Ethics, Bioethics, and Environmental Ethics. *American Journal of Bioethics*, 17(9), 5–12.
- Mackenbach, J. P. (2009). Politics is nothing but medicine at a larger scale: Reflections on public health's biggest idea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(3), 181-184. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.077032>
- Marks, J. (2018). *The Perils of Partnership*. Oxford University Press.
- Marmot, S. M. (2016). *The Health Gap*. Bloomsbury Publishing PLC.
- Mastroianni, A. C., Kahn, J. P., Kass, N. E., & Venkatapuram, S. (2019). *Health Disparities and the Social Determinants of Health: Ethical and Social Justice Issues*. Oxford University Press. <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190245191.001.0001/oxfordhb-9780190245191-e-24>
- McGrath, P. (1998). Autonomy, Discourse, and Power: A Postmodern Reflection on Principlism and Bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 23(5), 516-532. <https://doi.org/10.1076/jmep.23.5.516.2568>
- McGregor, S. (2001). Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies*, 25(2), 82-89. <https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2001.00183.x>
- McManus, J. (2020). Commentary: Human flourishing is a moral and a social, enterprise. *Journal of Public Health*, *En prensa*, 1-2.
- Mill, J. S., & Azcárate, P. de. (2013). *Sobre la libertad*. Alianza.
- Moreno, J. D., & Bayer, R. (1985). The Limits of the Ledger in Public Health Promotion. *Hastings Center Report*, 15(6), 37–41.
- Murphy, D. (2015). Concepts of Disease and Health. En E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2015). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/health-disease/>
- OMS. (1946). *Constitucion de la Organizacion Mundial de la Salud*. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Petrini, C., & Gainotti, S. (2008). A personalist approach to public-health ethics. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8), 624-629. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.051193>
- Porter, D. (1999). *Health, Civilization, and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. Psychology Press.
- Prainsack, B., & Buyx, A. (2011). *Solidarity: Reflections on an emerging concept in bioethics*. Nuffield Council on Bioethics. <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/solidarity>
- Prainsack, B., & Buyx, A. (2012). *Solidarity in Contemporary Bioethics – Towards a New Approach* (SSRN Scholarly Paper ID 2117685). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2012.01987.x>

- Puyol, A. (2014). Ética y salud pública. *Dilemata*, 15, 15-22.
- Puyol, À. (2017). La idea de solidaridad en la ética de la salud pública. *Revista de Bioética y Derecho*, 0(40), 33-47. <https://doi.org/10.1344/rbd2017.40.19161>
- Puyol González, Á. (2019). Philosophical Debates on Public Health. En J. Vallverdú, A. Puyol González, & A. Estany (Eds.), *Philosophical and Methodological Debates in Public Health* (pp. 1–7). Springer.
- Queiroz, R. (2020). Quo Vadis European Union? *Social Epistemology Review and Reply Collective*, 9(4), 59-64.
- Roberts, M. J., & Reich, M. R. (2002). Ethical analysis in public health. *Lancet (London, England)*, 359(9311), 1055-1059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08097-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08097-2)
- Romero, P. (2013). Ética y salud pública. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*, 1(85), 1-8.
- Rothstein, M. A. (2002). Rethinking the Meaning of Public Health. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 30(2), 144–149.
- Schneider, D., & Lilienfeld, D. E. (2008). *Public health: The development of a discipline*. Rutgers University Press.
- Schramm, F. R., & Kottow, M. (2001). Principios bioéticos en salud pública: Limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 949-956. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400029>
- Stanley-Becker, I. (2020, junio 12). Mask or no mask? Face coverings become tool in partisan combat. *Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/politics/in-virus-response-riven-by-politics-masks-are-latest-rorschach-test/2020/05/12/698477d4-93e6-11ea-91d7-cf4423d47683_story.html
- Thompson, A. K., Faith, K., Gibson, J. L., & Upshur, R. E. (2006). Pandemic influenza preparedness: An ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics*, 7(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-12>
- Verweij, M., & Dawson, A. (2007). The Meaning of «Public» in «Public Health». En A. Dawson & M. Verweij (Eds.), *Ethics, Prevention, and Public Health*. Clarendon Press.
- Viens, A. M. (2019). Neo-Liberalism, Austerity and the Political Determinants of Health. *Health Care Analysis*, 27(3), 147-152. <https://doi.org/10.1007/s10728-019-00377-7>
- Winslow, C.-E. A. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 51(1306), 23-33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>

Notas

1. Así, por ejemplo, Michael Marmot, uno de los académicos que más ayudado a poner en cuestión la visión neoliberal de la salud y ha facilitado la expansión de la visión holística de la misma, afirma: “*Me interné en la salud pública, y los determinantes sociales de la salud, porque quería ayudar a las sociedades a ser más sanas ... Queremos mejores condiciones sociales y económicas con el fin de lograr una mejor salud y bienestar para la población ... necesitamos acción, globalmente, relativa a los determinantes sociales de la salud*” (Marmot, 2016, p. 18). Mundialmente conocido por su *Estudio Whitehall*, Marmot dio un impulso vital a la comprensión de los aspectos sociales de la salud a través de su participación en la Organización Mundial de la Salud (OMS) como director de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (en la que el filósofo y economista, Amartya Sen, participó como miembro distinguido). El estudio se inició en 1967 y se extendió por 10 años. Su objetivo fue estudiar los niveles de obesidad y salud de las personas que trabajaban en el edificio Whitehall. Para ello, se centraron en su rango profesional, así como estatus social. Esto último es importante, ya que el Whitehall era un edificio gubernamental. La hipótesis inicial del estudio fue que los individuos con cargos de mayor responsabilidad y superior jerarquía dentro del sistema burocrático tendrían peor salud debido a los niveles de estrés a los que estaban sometidos. Sin embargo, Marmot descubrió lo contrario, es decir, la salud de aquellos en las posiciones de menor reconocimiento era peor que la de sus

superiores. Marmot interpretó este descubrimiento como una muestra de que el estatus social tiene un importante impacto en la salud de los individuos.

2. Como muestra Dorothy Porter (1998), la idea de que la salud pública surge con la sociedad moderna es incorrecta. Desde tiempos inmemoriales, las comunidades humanas han desarrollado repuestas cooperativas a problemas sanitarios. Por lo tanto, los esfuerzos estructurales son tan antiguos como el ser humano.
3. En un artículo que precede al trabajo de Davies y sus colaboradores, y al que este responde, Hanlon y su equipo identifican cuatro etapas similares pero no les otorgan estos nombres.
4. Agradecemos a los revisores anónimos de *DILEMATA* su recomendación de mencionar esta cuestión.
5. Beauchamp y Childress han proporcionado el análisis del actuar de modo autónomo más influyente en el campo de la bioética. Según su propuesta, una acción es autónoma cuando cumple los siguientes tres criterios: toma la decisión de modo voluntario, se encuentra informado adecuadamente y es competente a la hora de decidir entre las diversas opciones.