



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



FLACSO
ARGENTINA

Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER ÉTICA Y SALUD PÚBLICA

Medidas de salud pública y estigma

Public Health Measures and Stigma

Mesures de salut pública i estigma

FERNANDO J. GARCÍA LÓPEZ, MIGUEL ÁNGEL ROYO BORDONADA *

* Fernando J. García López. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.
E-mail: fjgarcial@isciii.es (autor para la correspondencia).

* Miguel Ángel Royo Bordonada, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.
E-mail: mroyo@isciii.es.

Copyright (c) 2019 Fernando J. García López, Miguel Ángel Royo Bordonada



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

Muchas medidas de salud pública pueden tener un impacto mayor en determinadas clases o grupos sociales desfavorecidos. Esto puede atenuar, al menos temporalmente, las desigualdades sociales en salud, en la medida en que estos grupos tienen una prevalencia mayor de las condiciones que las medidas de salud pública quieren afrontar, pero también puede estigmatizarlos, lo que a la larga conduciría a exacerbar de nuevo las inequidades en salud. Se describen los conceptos de clase social, clasismo y estigma. Se analizan distintas corrientes de pensamiento que han concebido el papel del estigma dentro de la salud pública. Se acepta que en condiciones excepcionales se pueden defender algunas medidas de salud pública con ciertos efectos estigmatizantes como consecuencia indeseada, pero nunca de forma deliberada, como componente nuclear o exclusivo de la intervención. Por último, se comentan varias condiciones que deben cumplirse para evitar o minimizar el estigma en las actuaciones de la salud pública: la participación de las clases y grupos sociales involucrados en la toma de decisión; la supervisión ética independiente; rehuir la individualización de los problemas de salud pública y poner el énfasis en que son problemas predominantemente colectivos; la compensación suficiente a las personas y grupos perjudicados; y el esfuerzo por afrontar y corregir las causas profundas y estructurales de las desigualdades en salud.

Palabras clave: salud pública; clases sociales; estigma; discriminación; deliberación democrática; supervisión ética; ética en la salud pública; tabaco.

Abstract

Many public health measures can have a greater impact on certain disadvantage classes or social groups. This may attenuate, at least temporarily, the social inequalities in health as these groups have a higher prevalence of the conditions that public health measures want to address, but it can also stigmatize them, which in turn will exacerbate again health inequities. We describe the concepts of social class, classism and stigma, and analyse different currents of thought that have conceived the role of stigma within public health. It is accepted that in exceptional conditions some public health measures with certain stigmatising effects as an unintended consequence, but never deliberately, as a nuclear or exclusive component of the intervention, can be supported. Finally, we propose several conditions that must be met to avoid or minimize the stigma in public health actions: the participation of the classes and social groups involved in the decision making; independent ethical surveillance; to avoid the individualization of public health problems, which blames the victim, and emphasise that they are predominantly collective problems; sufficient compensation for the individuals and groups harmed; and the effort to confront and correct the deep and structural causes of health inequalities.

Keywords: public health; social class; stigma; discrimination; democratic deliberation; ethical surveillance; public health ethics; smoking.

Resum

Moltes mesures de salut pública poden tenir un impacte important en determinades classes o grups socials desfavorits. Això pot atenuar, almenys temporalment, les desigualtats socials en salut, en la mesura en què aquests grups tenen una prevalença major de les condicions que les mesures de salut pública volen afrontar, però també pot estigmatitzar-los, la qual cosa a la llarga conduiria a exacerbar de nou les inequitats en salut. Es descriuen els conceptes de classe social, classisme i estigma. S'analitzen diferents corrents de pensament que han concebut el paper de l'estigma dins de la salut pública. S'accepta que en condicions excepcionals es poden defensar algunes mesures de salut pública amb certs efectes estigmatitzadors com una conseqüència indesitjada, però mai de forma deliberada, com a component nuclear o exclusiu de la intervenció. Finalment, es comenten diverses condicions que han de complir-se per evitar o minimitzar l'estigma en les actuacions de la salut pública: la participació de les classes i grups socials involucrats en la presa de decisions; la supervisió ètica independent; defugir la individualització dels problemes de salut pública i posar l'èmfasi en què són problemes predominantment col·lectius; la compensació suficient a les persones i grups perjudicats; i l'esforç per afrontar i corregir les causes profundes i estructurals de les desigualtats en salut.

Paraules clau: salut pública; classes socials; estigma; discriminació; deliberació democràtica; supervisió ètica; ètica en la salut pública; tabac.

1. Introducción

Muchas medidas de salud pública, sobre todo las tomadas para la promoción y la protección de la salud, tienen un impacto desigual en las distintas clases sociales de la sociedad o en determinados grupos o minorías. En concreto, en muchas ocasiones, por múltiples razones, afectan en mayor grado a las clases sociales más pobres y desfavorecidas. Ejemplos de estas medidas son las normas para la prohibición de fumar en lugares públicos, campañas de comunicación (*marketing social*) para frenar la obesidad, advertencias sobre los riesgos de consumir determinados alimentos y bebidas para promover una dieta saludable, los impuestos indirectos al diésel, la aplicación de tasas al consumo de productos perjudiciales, como el alcohol o el tabaco, o los impuestos a los vehículos de motor que entran en el centro de las ciudades.

Estos grupos sociales tienen una prevalencia mayor de esas condiciones que las medidas de salud pública quieren combatir, como son el consumo de tabaco, la obesidad, las dietas poco saludables, y, por tanto, son los que obtendrán más beneficio en términos de salud con la aplicación de las mismas, pero también son los que más sufrirán económicamente con los impuestos al consumo de productos nocivos. Además, la aplicación de estas medidas de salud pública puede acabar estigmatizando a estos grupos, con consecuencias negativas para ellos, bien sea por sus efectos psicológicos o por la discriminación que el estigma puede ocasionar. En la práctica, a la larga, se puede producir un empeoramiento de las desigualdades en salud entre las clases sociales, lo que constituye un problema de inequidad y de falta de justicia. El propósito de este artículo es reflexionar sobre las acciones que las autoridades de salud pública deben tomar para evitar en lo posible estigmatizar a las clases sociales inferiores, sin renunciar a sus obligaciones de promoción de la salud y protección de la salud.

2. Clases sociales y estigma

Antes que nada, definamos los conceptos más importantes que vamos a emplear. ¿Qué son las clases sociales? Hay múltiples escuelas de pensamiento que se disputan la definición de clase social, como bien explica Wright (Wright 2015), que ha conseguido aunar las distintas corrientes, pero para nuestros efectos vamos a seguir la definición de Nancy Krieger (Krieger 2001), recordada por McCartney (McCartney et al. 2018): «las clases sociales son grupos sociales que surgen a partir de relaciones económicas interdependientes entre personas. Estas relaciones están determinadas por las formas de propiedad, posesión y trabajo de una sociedad y sus conexiones mediante la producción, la distribución y el consumo de bienes, servicios e

información. La clase social tiene como premisa la localización estructural de las personas dentro de la economía —como patronos, empleados, trabajadores autónomos y desempleados (tanto en el sector formal como en el informal) y como propietarios o no del capital, la tierra u otras formas de inversión económica—. No vamos a entrar en más detalle, solo queremos resaltar que no solo hablamos de individuos, sino de grupos de personas definidos por su posición en la estructura educativa, laboral, económica y social, en donde el elemento que nos interesa es el de la jerarquización de las clases.

Por otra parte, cuando hablamos de clases sociales, en particular cuando hablamos de clases inferiores, nos referimos a amplios grupos de personas. Unas pocas clases sociales engloban al conjunto de la sociedad. Es decir, no hablamos únicamente de minorías o de grupos étnicos determinados, aunque estos también pueden ser objeto de estigma en las medidas de la salud pública. Así como se habla de combatir el racismo o la xenofobia cuando hablamos de minorías étnicas o inmigrantes, el concepto de clase social se vincula con el de clasismo, el tratamiento injusto de personas por su clase social, del que se habla menos pero que está presente en muchos ámbitos de la sociedad. El clasismo, o los estereotipos relacionados con la clase social pueden contribuir a mantener las desigualdades en la sociedad (Durante and Fiske 2017). Y, en algunos contextos, determinadas clases sociales pueden estar asociadas a un cierto estigma (Simons et al. 2017, 2018).

¿Cómo podemos definir el estigma? Su caracterización clásica proviene de Erving Goffman (Goffman 1963), para quien el estigma implica atribuir a una persona un rasgo deshonoroso que la hace aparecer inferior o peligrosa, lo que conlleva el resultado de degradarla como algo infrahumano, sobre la base de una ideología subyacente. Link y Phelan (Link and Phelan 2001) señalan que el estigma se compone de cinco características: el etiquetado de las personas, en base a sus diferencias con respecto a otras; los estereotipos negativos e indeseables asociados; la separación o exclusión de esos individuos, la separación entre nosotros y ellos; la pérdida de reconocimiento social y la discriminación; y, por último, como elemento que subyace a los anteriores, una distribución asimétrica del poder (Ploug et al. 2015). Link y Phelan insisten en que no todos los casos de estigma son iguales, que, al fin y al cabo, el estigma es una cuestión de grado, pues las cinco características que lo definen pueden diferir mucho en su naturaleza, intensidad y permanencia (Link and Phelan 2001).

Tradicionalmente, muchas acciones de salud pública se han podido ver como discriminatorias a determinados grupos sociales, minorías o grupos étnicos. Por ejemplo, las cuarentenas, indispensables para controlar la propagación de una epidemia, han encerrado también la posibilidad de estigmatizar a determinados colectivos, en ocasiones reforzando las creencias xenófobas, racistas o clasistas de la sociedad en donde se aplican (Tognotti 2013).

3. Salud pública y estigma

En la salud pública moderna, las acciones que podrían ocasionar estigma también se ven con mucho recelo y desconfianza. Por una parte, por razones pragmáticas, por considerar que esas acciones, al estigmatizar a grupos importantes de personas, podían producir el efecto contrario al deseado. Por ejemplo, si se estigmatiza a un grupo, este puede evitar su acceso al sistema sanitario o al sistema de salud pública, con consecuencias negativas para el control de la enfermedad que se quiere abordar. Aunque la evidencia empírica en favor de este efecto contraproducente no siempre se buscó ni se comprobó. Pero algunos ejemplos son reveladores. En EE. UU., el estigma contra los usuarios de drogas ilícitas ha generado un sistema cruel de encarcelamiento en masa durante décadas sin ningún efecto positivo en la reducción de las adicciones (Bayer and Fairchild 2015). En Liberia, durante la epidemia de ébola en 2014, los intentos de aplicar una cuarentena a los contactos tuvieron unos resultados catastróficos para el control de la enfermedad (Rothstein 2015).

Otras razones para huir del estigma en las acciones de la salud pública son morales, pues el estigma implica una discriminación y una violación de la dignidad y de los derechos humanos de las personas y de los grupos estigmatizados. Esto lo pusieron de manifiesto con claridad Mann et al. (Mann et al. 1994) y Mann (Mann 1996). Ellos también señalaron las consecuencias prácticas negativas sobre la salud pública de la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de los individuos y los grupos, como mostraron en el caso de la exposición al VIH, en donde la discriminación de los grupos estigmatizados aumenta su vulnerabilidad a infectarse. En los primeros años de la epidemia del sida, en los años 80 del siglo pasado, se extendió el estigma a hombres que practican sexo con hombres, a adictos a drogas por vía parenteral y a otros colectivos, lo que dificultó el control de la enfermedad.

Por otra parte, siguiendo con las razones morales para oponerse al estigma en la salud pública, Burris sostiene que el estigma es una forma arbitraria y cruel de control social que el poder ejerce sobre aquellos a quienes se estigmatiza; en consecuencia, el estigma es intrínsecamente malo, incluso bárbaro. Para él, bajo ningún concepto el estigma puede tener justificación en la salud pública (Burris 2002). Para Burris, un estigma leve es también inadmisibles, aunque produzca menos daño, pues no deja de ser injusto (Burris 2008).

Sin embargo, hay circunstancias en la que se emplea el estigma, con frecuencia de modo deliberado, para acciones de promoción de la salud pública. Pongamos el caso del consumo de tabaco en vehículos con menores o la costumbre de iniciar a los menores en el consumo de alcohol en el seno familiar. En estos casos, no parece haberse establecido ningún vínculo sólido entre estas conductas y determinados grupos sociales. Aunque indudablemente puede haber determinantes

sociales y culturales de estas conductas, la percepción predominante en la sociedad es calificar estas conductas como conductas individuales en donde el aspecto principal es la responsabilidad personal de quienes las llevan a cabo. En estos casos, la conjunción de la deseabilidad social y del estigma a quienes no se ciñen a ellas puede contribuir a reducir su prevalencia, aunque para ello el estigma nunca puede ser ni la única medida ni tampoco la más importante.

Las medidas para prohibir fumar en lugares públicos y para aumentar la imposición al tabaco han dado lugar a un debate sobre el uso del estigma en la salud pública. Estas medidas afectan en mayor grado a aquellos que están más abajo en la escala social, que son más fumadores que los que están arriba (Wang et al. 2018). Si los más pobres siguen fumando, deberán llevar una carga económica relativa mayor por tener que pagar también los impuestos asociados al tabaco. Además, la lucha contra el tabaco implica un cierto estigma contra los fumadores y contra los grupos sociales que fuman más¹.

Ronald Bayer, que defiende las medidas de control del tabaco, reconoce que a corto plazo estas medidas generan cierto estigma y pueden no ser equitativas (Bayer 2008a). Algunos autores han señalado que las medidas concebidas para «desnormalizar» el uso del tabaco, que de algún modo estigmatizan a los fumadores, conducirían a acentuar las inequidades en salud (Bell et al. 2010), al limitar su acceso al sistema sanitario —aunque no tuvo éxito la propuesta de hace años de denegar la cirugía cardíaca a los fumadores activos (Underwood and Bailey 1993), el fumador puede ocultar su hábito al médico, por miedo a no recibir una asistencia adecuada, con lo que se puede privar de ayudas para dejar de fumar—. Sin embargo, la evidencia empírica en favor del aumento de las inequidades sociales por las medidas de control del uso del tabaco no parece clara (Thomas et al. 2008).

Por cierto, la relación entre los determinantes sociales de la enfermedad y las inequidades en salud no ha pasado desapercibida a la industria tabacalera, que, además de promover una cruzada en favor de la libertad individual para contrarrestar las medidas gubernamentales de control del tabaco, también recurre al argumento de que estas medidas estigmatizan a las personas de menos ingresos (Clifford et al. 2014). Con ello, la industria tabacalera se apropia del lenguaje de los determinantes sociales de la salud para descargar la responsabilidad de las

¹ No está de más recordar que durante mucho tiempo el hábito de fumar fue una costumbre arraigada en las clases altas y solo cuando el hábito comenzó a estar más concentrado en las clases bajas los grupos en defensa de los derechos de los no fumadores empezaron a tener una influencia mayor en la sociedad, y no por razones de protección de la salud (el efecto nocivo del tabaco sobre los fumadores pasivos no se conocía todavía) sino por razones estéticas (las molestias que el humo causa a los no fumadores)(Bell et al. 2010). Esto sugiere la presencia de cierto clasismo subyacente a determinadas prácticas.

inequidades en el uso del tabaco al Estado y eludir su principal responsabilidad en la confección, promoción y publicidad de sus productos (Clifford et al. 2014).

Dean, apoyándose en Kant, ha sostenido dos razones contrarias al uso del estigma (Dean 2014). Por una parte, una actitud estigmatizadora por parte de las instituciones conlleva el uso de métodos que, en lugar de aportar a la población suficientes argumentos para que las personas tomen decisiones racionales mediante un proceso de deliberación, ejercen sobre ellas cierta manipulación, pues el propio estigma supone recurrir al uso de prejuicios, en el fondo a ciertos métodos de coerción y engaño. Por otra parte, el estigma que se aplica a determinados grupos da lugar a una comparación moral de aquellos sin el estigma con respecto a quienes sí lo tienen. Esta comparación moral puede ser halagadora para quienes no tienen ese estigma, solo por el efecto de la comparación, lo que puede suponer un obstáculo para su propia superación moral.

Otro autor, Courtwright (Courtwright 2013), defiende el contractualismo como argumento para justificar medidas de salud pública que puedan producir estigma a determinados colectivos. Según él, el contractualismo pide a los individuos que tomen una decisión sobre la conveniencia de la medida de salud pública sin conocimiento previo de si se encontrarán o no con el rasgo estigmatizador, al modo del «velo de la ignorancia» de John Rawls. Para decidir si se aplica una medida que conlleva estigma, las personas que toman la decisión deberían evaluar si hay otras alternativas posibles, si el estigma es efectivo, si el estigma forma parte del núcleo de la política o es solo un efecto adverso indeseado, el grado en que el estigma será visible socialmente, si acentuará las desigualdades sociales, económicas o en salud, si el estigma se cebará en los que parten de una peor situación social.

En cualquier caso, después de este repaso, podemos defender algunas medidas de salud pública que puedan producir un cierto estigma, siempre como efecto adverso indeseado, pero solo en circunstancias excepcionales. En concreto, las medidas de control del tabaco se pueden calificar de legítimas si contribuyen a reducir el uso del tabaco y a producir un beneficio para la salud pública (Galán et al. 2017), beneficio que también afectaría a aquellos que pertenecen a los grupos estigmatizados (Bayer 2008a; Bayer and Fairchild 2015). La defensa de estas medidas, a pesar de que puedan ocasionar el efecto indeseado de acentuar un estigma sobre determinados grupos, se encarna en la tradición utilitarista —en sentido filosófico— de la salud pública. Y también expresan un cierto paternalismo (Bayer 2008a). Burris apoya las medidas para el control del tabaco, pero no las considera estigmatizantes, pues para él el estigma es sinónimo de vergüenza o de deshonra, lo que, para él, no es el caso en estas medidas² (Burris 2008; Bayer 2008b). Sin embargo, por razones

² Sin embargo, hay evidencia empírica que demuestra que los fumadores sí se sienten avergonzados (Amonini et al. 2015).

morales, serían inaceptables medidas que usan el estigma como elemento nuclear de la intervención, buscando deliberadamente avergonzar o deshonorar a los fumadores, como el uso de imágenes de personas disgustadas en el empaquetado del tabaco, aunque puedan ser efectivas a corto plazo para motivar a algunos fumadores a intentar dejar el hábito (Jeffrey and Thomson 2018). Y también serían cuestionables por razones pragmáticas, ya que a la larga podrían exacerbar las desigualdades sociales en salud.

Pero, como bien señalan Faden y Shebaya, si un problema de salud se ceba desproporcionadamente en un colectivo pobre o en una minoría y al mismo tiempo este problema se asocia con un estigma o una deshonra, no serían aconsejables aquellas actuaciones de salud pública que al centrarse en esas comunidades puedan reforzar los estereotipos negativos que sufren, con el resultado de perjudicar la justicia social o la igualdad en el respeto social. En su lugar, las autoridades de salud pública deberían renunciar al programa más eficiente y sustituirlo por otras actuaciones menos eficientes pero que eviten la exacerbación de actitudes sociales irrespetuosas latentes (Faden and Shebaya 2010).

Bayer, para considerar si se deben aplicar o no medidas de salud pública que puedan conducir a estigmatizar a determinadas poblaciones en algunas circunstancias, pide contestar primero a algunas cuestiones empíricas: ¿cuál es el patrón de morbilidad y de mortalidad de la enfermedad que sería objeto de la actuación? ¿Cuáles son las pruebas de que el estigma puede modificar las conductas y, con ello, reducir la carga de la enfermedad, del sufrimiento y de la muerte? ¿Qué se puede prever de la intensidad, extensión y duración del sufrimiento que tendrán que soportar aquellos que padezcan el estigma? ¿Quiénes sufrirán el estigma, la carga del estigma estará repartida equitativamente? (Bayer 2008a) ¿Qué límites debe imponerse al uso del estigma y por qué (Bayer and Fairchild 2015)?

4. Medidas para eliminar o minimizar el estigma generado por actuaciones de la salud pública

¿Qué condiciones deberían cumplir las medidas de salud pública para eliminar o minimizar el estigma que puedan ocasionar a determinadas clases o grupos sociales? Sin ánimo de exhaustividad, a continuación se apuntan algunos aspectos que deberán tenerse en cuenta cuando se tomen en consideraciones distintos cursos de acción en la salud pública.

Ante cualquier medida posible de salud pública, siempre se debe evaluar el posible efecto estigmatizante que pueda tener en cualquier clase o grupo social. Si la medida conduce a

exacerbar las desigualdades en salud y la inequidad, o si acentúa los sentimientos de clasismo, racismo o xenofobia, se debería desechar y sustituir por otras medidas equitativas, en la línea de lo indicado por Faden y Shebaya (Faden and Shebaya 2010).

¿Quién debe evaluar el carácter estigmatizante de un curso de acción? La primera condición para eliminar o minimizar el estigma ocasionado por las actuaciones de la salud pública debería ser la participación de la población destinataria de las medidas. Las pautas de la Organización Mundial de la Salud sobre la ética de la vigilancia de la salud pública (2017), que pueden ser extensibles a otros ámbitos de la salud pública, como la promoción de la salud, establecen que «[l]os valores e inquietudes de las comunidades deberían tenerse en cuenta al planificar, ejecutar y usar los datos de la vigilancia». En concreto, «[l]os funcionarios, organismos y organizaciones responsables de la vigilancia deberían tratar de incorporar de antemano a la población en las metas, los procesos y las posibles repercusiones (tanto positivas como negativas) de las actividades de vigilancia, en demostración de respeto hacia las personas. Cuando esto no es posible o no se hace, los responsables de la vigilancia deben tener presente que están haciendo su trabajo sin considerar las preocupaciones de la comunidad; los responsables de la vigilancia se convierten necesariamente en gestores no solo del bien común sino también de los intereses de la comunidad. La participación es particularmente importante cuando una actividad de vigilancia representa una carga desproporcionada para una población específica (a causa, por ejemplo, de la estigmatización). De allí la importancia de involucrar a las comunidades, especialmente aquellas que han sido históricamente marginadas, y empoderarlas para que su participación sea activa. En vista de que algunas actividades de vigilancia de la salud pública requieren coordinación a nivel local, nacional e internacional e incorporan a múltiples actores, la inclusión e involucramiento activo de las comunidades puede resultar de utilidad para generar y mantener la confianza a todos los niveles y ejecutar las actividades de manera más eficiente y efectiva».

Las formas concretas de involucrar a las poblaciones implicadas diferirán según los casos, pero pueden incluir «reuniones con los líderes comunitarios, discusiones en grupos de opinión y otros foros que brinden la oportunidad a los miembros de expresar claramente sus valores e inquietudes» (2017). Las organizaciones de la sociedad civil, como asociaciones vecinales, foros de salud, organizaciones sindicales y otras, pueden participar en este proceso. Es importante que estos participantes involucrados aprendan y apliquen los métodos de la deliberación democrática (The Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues 2016a).

La salud pública, con su foco en las actividades de las autoridades sanitarias, tiene una larga tradición de decisiones verticales, tomadas de arriba abajo, al igual que la medicina paternalista practicada durante siglos. Pero así como la práctica de la medicina se ha ido desprendiendo de su enfoque paternalista, la salud pública, sin renunciar por entero a su carácter paternalista —en cierto

modo, inherente a su misión— debe democratizar su enfoque y dar cabida a la participación de las clases y grupos sociales involucrados. El despotismo ilustrado, tan unido a la salud pública desde su inicio, debe dar lugar a otras formas de actuación en donde los implicados puedan hacer oír su voz.

Una segunda condición para eliminar o minimizar el estigma en las actuaciones de la salud pública tiene que ver con la necesidad de una evaluación ética independiente de los distintos cursos de acción. Toda la investigación en seres humanos relacionada con la salud se somete al dictamen previo de los comités de ética de la investigación, pues el propio investigador no puede ser a la vez juez y parte. Los comités de ética de la investigación, entre otras cosas, deben juzgar si los proyectos de investigación se hacen de modo justo y equitativo y no suponen una discriminación para ningún colectivo. En el ámbito de la práctica clínica, existe una larga tradición ética, que se remonta a Hipócrates, y que ha dado lugar al desarrollo de códigos éticos de práctica profesional y comités de ética asistencial, encargados de velar por la profesionalidad, equidad y justicia de las intervenciones clínicas. Sin embargo, nada parecido sucede en la salud pública. Esta deficiencia tiene que ver con el papel de autoridad sanitaria de los máximos responsables de salud pública y con la falsa creencia de que las medidas de salud pública están exentas de riesgos (Skrabanek 1990). Sin embargo, ninguna intervención carece de riesgos, ni siquiera las preventivas o de promoción de la salud, incluidos los derivados del estigma. Además, aunque el daño provocado a los participantes en las intervenciones de salud pública sea mínimo, el impacto puede ser muy relevante, pues se dirigen a un número elevado de personas, la mayoría de las cuales están sanas y no obtendrán ningún beneficio individual de ellas. En la salud pública, debe haber una supervisión ética que efectúe una ponderación apropiada de distintos criterios que entran en juego en la ética de la salud pública, como son la equidad, el bien común, el respeto a las personas y la buena gobernanza (2017). Al igual que en la investigación y en los conflictos éticos de la práctica clínica, en los conflictos derivados de las intervenciones de salud pública las autoridades sanitarias no pueden ser a la vez juez y parte.

Hasta ahora, apenas ha habido supervisión ética de las actividades de la salud pública. Afortunadamente, esta situación parece estar cambiando. Las pautas de la OMS sobre la ética en la vigilancia de la salud pública dicen, expresamente, que «[l]os países tienen la obligación de crear mecanismos apropiados y efectivos para garantizar una vigilancia ética» (2017). Cómo se va a llevar a cabo esa supervisión ética —composición de los comités, formación de sus miembros, ámbito de su supervisión, carácter vinculante o consultivo de sus dictámenes, etc.— es una cuestión todavía pendiente, sobre la que ya hay cierta experiencia en la Agencia de Salud Pública de Ontario (Canadá), en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU., en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y en la Organización Mundial de la Salud (2017). También se han propuesto pautas para la deliberación en los comités de ética de la salud pública (The Presidential Commission

for the Study of Bioethical Issues 2016b). Así como una guía útil tanto para quienes diseñan las intervenciones como para quienes harían la evaluación ética (Willison et al. 2014).

Una tercera condición para evitar o minimizar el estigma en las políticas de salud pública es no recurrir a la individualización de los problemas de salud pública, que siempre acaba culpabilizando a la víctima, con las consecuencias de estigma y discriminación. Los problemas de salud pública son básicamente sociales, estructurales, y requieren soluciones colectivas, no individualizadas. Eso no significa que no haya responsabilidad individual, pero siempre es secundaria, y para su ejercicio adecuado requiere que el sujeto disponga de los recursos necesarios para elegir en libertad (Adler and Stewart 2009). A diferencia del tabaquismo, en donde un cierto estigma ha podido tener efectos beneficiosos, en el caso de la obesidad, el estigma a las personas que la padecen, con frecuencia llamados obesos, tomando la parte por el todo, solo parece haber tenido efectos negativos para ellos y para el control de la epidemia (Puhl and Heuer 2010). Las clases y los grupos sociales más afectados están más expuestos a ambientes obesógenos y a condiciones laborales, económicas y sociales que les dificultan la adopción de conductas saludables.

Una cuarta condición es que se lleven a cabo políticas de compensación a aquellos grupos que resulten perjudicados, con objeto de contrarrestar en la medida de lo posible las inequidades que se puedan ocasionar. En el caso del tabaquismo, esto significa que las autoridades sanitarias deben prestar una atención especial a los fumadores que no abandonan el hábito para ayudarles a hacerlo si quieren. Esto significa proveer al sistema sanitario de suficientes servicios de deshabituación del tabaco, bien dotados de personal, fácilmente accesibles y económicamente asequibles.

Por último, aunque parezca obvio, las autoridades sanitarias no deben olvidar nunca que siempre hay que intentar afrontar las causas profundas y últimas de las desigualdades sociales en salud, aunque esto exceda claramente de sus competencias directas por implicar directamente a los poderes políticos y a la organización social y económica de la sociedad. Pero el olvido de ello puede tener consecuencias negativas para las clases y los grupos sociales más desfavorecidos.

5. Conclusiones

Por lo general, la salud pública debe evitar tomar medidas que supongan un estigma por razones pragmáticas, pues podrían ser contraproducentes para conseguir los fines de salud pública propuestos, pero sobre todo por razones morales, pues el estigma implica una discriminación y una violación de la dignidad y de los derechos humanos de las personas y de los grupos estigmatizados. Hay que evitar el estigma a determinadas clases o grupos sociales y a minorías.

Sin embargo, se pueden dar circunstancias excepcionales en las que se puedan tomar medidas que conlleven cierto estigma como efecto indeseado —nunca de forma deliberada, como componente exclusivo o nuclear de la intervención—, por ejemplo, las medidas de «desnormalización» del consumo de tabaco. Con todo, antes de su aplicación las medidas de salud pública que pueden tener efectos estigmatizadores deben someterse a un examen detallado previo que debe reunir varias condiciones: debe haber participación de los grupos afectados en la toma de decisión para que puedan expresar su opinión, por ejemplo, con recurso a técnicas de deliberación democrática; debe haber una revisión ética independiente, preferiblemente por comités de ética formados para la evaluación de las actividades de salud pública; el enfoque de los problemas de salud pública debe huir de culpabilizar a la víctima, debe poner énfasis en el carácter social y estructural de los problemas, mientras que la responsabilidad individual es siempre secundaria, y solo cuando los individuos disponen de suficientes recursos para hacer elecciones libremente; se debe compensar adecuadamente a las personas y a los grupos que son objeto potencial de estigma, y ayudarles a salir de la condición relacionada con la salud pública que es el motivo del estigma; por último, las medidas de salud pública deben enmarcarse en el contexto de medidas más generales para afrontar los determinantes sociales de la salud y la enfermedad que generan inequidad.

Agradecimientos

A Teresa Honrubia Fernández por su importante labor de revisión.

Referencias bibliográficas

- ◆ Adler NE, Stewart J (2009) Reducing obesity: motivating action while not blaming the victim. *Milbank Q* 87:49–70. doi: 10.1111/j.1468-0009.2009.00547.x
- ◆ Amonini C, Pettigrew S, Clayforth C (2015) The potential of shame as a message appeal in antismoking television advertisements. *Tob Control* 24:436–441. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051737.
- ◆ Bayer R (2008a) Stigma and the ethics of public health: not can we but should we. *Soc Sci Med* 67:463–472. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.017.
- ◆ Bayer R (2008b) What means this thing called stigma? A response to Burris. *Soc Sci Med* 67:476–477. doi: doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.024.

- ◆ Bayer R, Fairchild AL (2015) Stigma: Time for a hard conversation. *Int J Drug Policy* 26:613–614. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.01.017.
- ◆ Bell K, Salmon A, Bowers M, et al (2010) Smoking, stigma and tobacco “denormalization”: Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on *Social Science & Medicine’s Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue* (67: 3). *Soc Sci Med* 70:795–799. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.060.
- ◆ Burris S (2002) Disease stigma in U.S. public health law. *J Law Med Ethics* 30:179–190.
- ◆ Burris S (2008) Stigma, ethics and policy: a commentary on Bayer’s “Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we.” *Soc Sci Med* 67:473–475. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.020.
- ◆ Clifford D, Hill S, Collin J (2014) Seeking out “easy targets”? Tobacco companies, health inequalities and public policy. *Tob Control* 23:479–483. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051050.
- ◆ Courtwright A (2013) Stigmatization and public health ethics. *Bioethics* 27:74–80. doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01904.x
- ◆ Dean R (2014) Stigmatization and denormalization as public health policies: some Kantian thoughts. *Bioethics* 28:414–419. doi: 10.1111/bioe.12019.
- ◆ Durante F, Fiske ST (2017) How social-class stereotypes maintain inequality. *Curr Opin Psychol* 18:43–48. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.07.033.
- ◆ Faden R, Shebaya S (2010) Public health ethics. In: Zalta IN (ed) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, First. The Metaphysics Research Lab, Center for the Study of Language and Information, Stanford University, Stanford, CA.
- ◆ Galán I, Simón L, Boldo E, et al (2017) Changes in hospitalizations for chronic respiratory diseases after two successive smoking bans in Spain. *PLoS One* 12:e0177979. doi: 10.1371/journal.pone.0177979.
- ◆ Goffman E (1963) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster, New York.
- ◆ Jeffrey J, Thomson M (2018) Integrating negative social cues in tobacco packaging: A novel approach to discouraging smokers. *J Consum Aff*. doi: 10.1111/joca.12232.
- ◆ Krieger N (2001) A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 55:693-700.

- ◆ Link BG, Phelan JC (2001) Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 27:363–385. doi: doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- ◆ Mann JM (1996) Health and human rights. *BMJ* 312:924–925.
- ◆ Mann JM, Gostin L, Gruskin S, et al (1994) Health and human rights. *Health Hum Rights* 1:6–23.
- ◆ McCartney G, Bartley M, Dundas R, et al (2018) Theorising social class and its application to the study of health inequalities. *SSM - Popul Health*. doi: 10.1016/j.ssmph.2018.10.015.
- ◆ Ploug T, Holm S, Gjerris M (2015) The stigmatization dilemma in public health policy—the case of MRSA in Denmark. *BMC Public Health* 15:640. doi: 10.1186/s12889-015-2004-y.
- ◆ Puhl RM, Heuer CA (2010) Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health* 100:1019–1028. doi: 10.2105/AJPH.2009.159491.
- ◆ Rothstein MA (2015) From SARS to Ebola: Legal and ethical considerations for modern quarantine. *Indian Health Law Rev* 12:227–280.
- ◆ Simons AMW, Houkes I, Koster A, et al (2018) The silent burden of stigmatisation: a qualitative study among Dutch people with a low socioeconomic position. *BMC Public Health* 18:443. doi: 10.1186/s12889-018-5210-6.
- ◆ Simons AMW, Koster A, Groffen DAI, Bosma H (2017) Perceived classism and its relation with socioeconomic status, health, health behaviours and perceived inferiority: the Dutch Longitudinal Internet Studies for the Social Sciences (LISS) panel. *Int J Public Health* 62:433–440. doi: 10.1007/s00038-016-0880-2.
- ◆ Skrabanek P (1990) Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? *J Med Ethics* 16:187–190.
- ◆ The Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues (2016a) *Bioethics for Every Generation. Deliberation and Education in Health, Science, and Technology*. Washington, D.C. Disponible en: https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcsbi/sites/default/files/PCSBI_Bioethics-Deliberation_0.pdf. Consultado el 9 de enero de 2019.
- ◆ The Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues (2016b) *Guide to Democratic Deliberation for Public Health Ethics Professionals*. Washington, D.C. Disponible en <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcsbi/sites/default/files/3%20Guide%20to%20Deliberation%20for%20Public%20Health%20Professionals%2010.30.16.pdf>. Consultado el 9 de enero de 2019.

- ◆ Thomas S, Fayter D, Misso K, et al (2008) Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tob Control* 17:230–237. doi: 10.1136/tc.2007.023911.
- ◆ Tognotti E (2013) Lessons from the history of quarantine, from plague to influenza A. *Emerg Infect Dis* 19:254–259. doi: 10.3201/eid1902.120312.
- ◆ Underwood MJ, Bailey JS (1993) Coronary bypass surgery should not be offered to smokers. *BMJ* 306:1047–1048.
- ◆ Wang TW, Asman K, Gentzke AS, et al (2018) Tobacco product use among adults - United States, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 67:1225–1232. doi: 10.15585/mmwr.mm6744a2
- ◆ Willison DJ, Ondrusek N, Dawson A, et al (2014) What makes public health studies ethical? Dissolving the boundary between research and practice. *BMC Med Ethics* 15:61. doi: 10.1186/1472-6939-15-61.
- ◆ Wright EO (2015) *Understanding class*. Verso, London.
- ◆ (2017) Pautas de la OMS sobre la ética en la vigilancia de la salud pública. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34499/9789275319840-spa.pdf?sequence=6>. Consultado el 9 de enero de 2019.

Fecha de recepción: 15 de octubre de 2018

Fecha de aceptación: 2 de diciembre de 2018