

Introducción

Los primeros escritos dedicados a describir las tareas de la salud pública presentan una notoria cercanía a lo que posteriormente se conocerá como biopolítica. El roce de lo público con lo privado, los enfrentamientos de las políticas sanitarias con el individuo autónomo, y del gobierno con poblaciones y el cuidado del ciudadano, son los temas recurrentes que se inician con la salud pública en el siglo XVII, como también serán tomados por la biopolítica a partir de fines del siglo XVII. Ambos procesos, el sanitario y el biopolítico, tienden en recientes decenios a una confluencia cuyos vastos alcances necesitan una reflexión y posiblemente sugerencias de corrección. Dos son los campos en que se producen tensiones sociales y opacidades éticas: uno es el de las disonancias entre objetivos políticos perseguidos por el biopoder –de inspiración global– y las metas sanitarias que orientan a la salud pública bajo responsabilidad del Estado-nación; el segundo tiene que ver con los escollos para llevar a efecto políticas y programas requirentes de disciplina colectiva –espacio público–, frente a la autonomía individual invocada para obviar imposiciones –ámbito privado–.

Los afanes preventivos y terapéuticos de la salud pública deben convivir y, en ocasiones, oponerse a proyectos políticos ejercidos a través del biopoder. Entre biopolítica y bioética hay, a su vez, una relación turbulenta que amenaza comprometer a la salud pública. Ésta siempre tiene por objetivo proteger la vida en función

del bienestar de la ciudadanía, en tanto la biopolítica, actuando también directamente sobre la vida, persigue objetivos e intereses que suelen ser grupales o corporativos y de legitimidad discutible.

Similares discrepancias aparecen cuando en nombre de lo colectivo la salud pública busca ordenar ciertos hábitos y estilos de vida –tabaquismo, alcohol, costumbres alimentarias–, viviéndose la resistencia y la indisposición de quienes resienten lo que ven como una intromisión en su esfera privada. La “nueva salud pública” tiende a desplazar la responsabilidad pública hacia el individuo, generando un singular acercamiento entre autorresponsabilidad en salud y comportamiento moral: “El cuidado de la salud a través del cultivo del cuerpo se ha convertido en elemento crucial en la forma en que el individuo puede expresar públicamente virtudes como el autocontrol, la autodisciplina, la privación y la fuerza de voluntad; en suma, aquellas cualidades consideradas importantes para ser un ser humano ‘normal’, ‘sano’”.¹ Ante esta perspectiva, la bioética se ha de enfrascar como parte intrínseca de la salud pública, más que quedar como mero llamado a ejercer la disciplina en forma virtuosa.

Característica de la biopolítica, por su parte, es la imposición de normas colectivas y de disciplina individual como medios para alcanzar un fin determinado por autoridad y poder, del todo refractario a reflexión ética alguna. Urge bregar por

“la refundación de la vida política en la vida biológica”, lo que Fassin denomina la biolegitimidad que ha de ser construida desde las ciencias sociales. El presente texto adhiere a las críticas más duras contra la biopolítica como un ejercicio de poder desprovisto de fundamentos éticos, a ser reemplazado por políticas que corresponden a la salud pública como disciplina basada en conocimientos científicos e inspirada en una clara vocación bioética. La conjunción de ciencia y ética también ha de ser críticamente observada, so pena de profundizar la brecha entre el énfasis puesto en el autocuidado y el *aggiornamento* de una salud pública dedicada al apoyo social, a la reducción de desigualdades y a la creación de un ambiente político tolerante y democrático, como concluyen en su libro Petersen y Lupton.

La presente reflexión arranca del reconocimiento de que salud pública y biopolítica persiguen objetivos colectivos mediante

disposiciones enfocadas sobre la vida de los individuos. Este énfasis común en la vida, convoca también a la ética de la vida, y será una propuesta de fondo que las políticas públicas sanitarias se diferencian del biopoder en la medida que incorporan la dimensión bioética en su quehacer. “Los derechos del hombre, en cuyo nombre se proclama la urgencia de la acción, son derechos del humano viviente antes que del ciudadano del mundo. La ambición de universalidad que ellos anuncian se encuentra reducida a su más amplia expresión: la desnudez de la vida”.²

De ninguna manera puede plantearse una distinción excluyente entre salud pública y política. Todo lo contrario, es preciso estrechar el vínculo al mismo tiempo que se recompone: no es la biopolítica el fundamento legítimo del quehacer sanitario, correspondiéndole a la salud pública inspirar las políticas públicas necesarias y deseables.

Orígenes de la biopolítica: Michel Foucault

Un puñado de publicaciones aparecidas en la primera mitad del siglo XX introducen el término “biopolítica” para reforzar la concepción del Estado como ser viviente, cargado de instintos y pulsiones que lo llevan a diseñar políticas destinadas a satisfacer necesidades orgánicas de carácter teleológico. Es el lenguaje de las dictaduras, y en los escritos fascistas se propugna “la nueva idea de un Estado fuerte, combativo y orientado a mantener viva y extender la propia nación, para lo cual es la guerra el mejor de los medios”.³ El término biopolítica nutre la idea del Estado como “organismo” o “forma viviente”, requirente de “espacio vital” a ser apropiado por la fuerza, la conquista, la sumisión de los débiles y el reconocimiento de patógenos peligrosos para la salud estatal, como el sindicalismo, la democracia o la infestación con parásitos sociales –razas foráneas–. La salud estatal ha de ser defendida por una medicina de Estado, y es de lamentar, dice el prestigioso biólogo Jacob von Uexküll, que “no contemos con ningún órgano al que se pueda confiar la higiene del Estado”.⁴ Son los propulsores del biologismo estatal quienes elaboran estos conceptos y crean los términos geopolítica y biopolítica, cuyas orientaciones racistas culminarán en los horrores del nacionalsocialismo y de la Segunda Guerra Mundial.⁵

A diferencia del uso doctrinario y militante del término, para Michel Foucault el biopoder es un descriptor de visiones y acciones políticas que se remontan al

siglo XVII. Fue Foucault el primer pensador quien, de modo recurrente aunque no sistemático, dejó sentados los fundamentos para entender este fenómeno político característico de la modernidad.⁶ Con anterioridad, el soberano absoluto ejerce potestad sobre la vida de sus súbditos que son el potencial bélico mediante el cual se defiende el poder contra amenazas o ataques. El poder soberano sobre la vida se manifiesta *dejando* vivir y *haciendo* morir. Con la declinación de poderes absolutos, incluyendo el biopoder de dictaminar impunemente quién podía vivir y quién debía morir, se desarrollan dos formas de poder político: la biopolítica que controla a los individuos ejerciendo poder sobre el cuerpo humano, que es disciplinado para extraerle la mayor productividad económica posible –la anatomía política del cuerpo humano–; y la biopolítica de población, empeñada en ordenar y regular a los grupos humanos para mantener el orden social y la eficacia de la producción material. En esta segunda forma de biopolítica se desarrollan instituciones y técnicas de poder a nivel educacional, sanitario y laboral, ejerciendo el poder político sobre procesos biológicos de reproducción y desarrollando la estadística para registrar las tasas de nacimiento, muerte, expectativa de vida o constantes sanitarias. La biopolítica se torna un poder que apoya la vida sin hesitar en la aniquilación de quien estorba sus objetivos: “El derecho de la soberanía es, entonces, el de hacer morir o dejar vivir. Y luego se instala el nuevo derecho: el de hacer vivir y dejar

morir". El acento propicio a la vida se torna de defensivo en protector, la condena a la aniquilación se ejerce mediante marginaciones y exclusiones.⁷

En recientes decenios se verá reproducido este lenguaje, estructurando pensamientos y prácticas políticas de muy diversa factura, pero que adhieren al uso indiscriminado del término biopolítica para lo que es, pero también para lo que no es, el gobierno público de la vida privada –al decir de los sociólogos–, la determinación política de la vida misma que observan la filosofía y la ética. Al afinar la mirada se logra distinguir, además de delimitar lo que es biopolítica, una serie finita de formas de desarrollarla, variantes cuyas consecuencias sociales y dimensiones éticas deben ser claramente identificadas ante todo al estudiar sus relaciones con la salud pública.

En su nuevo despliegue, la biopolítica continúa siendo una política del poder ejercido derechamente sobre la vida biológica, no sobre la vida ciudadana ni a través del derecho, sino en forma directa sobre el cuerpo humano, su biología y, finalmente, su subsistencia o su aniquilación. Solo se comprende la biopolítica al reconocer su objetivo de proteger la vida de unos, pero siempre a costa de sacrificar o marginar la de quienes no son los privilegiados.

La biopolítica es siempre excluyente, y "el corte entre lo que debe vivir y lo que debe morir" es la separación en el "continuum biológico de la especie humana" entre razas buenas y superiores, que han de ser protegidas, y razas inferiores, malas,

degeneradas o anómalas que son aniquiladas a fin de no perturbar el desarrollo de los elegidos.⁸ En este uso biológico espurio y arbitrario del concepto de raza, se muestra cómo la biopolítica ejerce su poder en base a criterios y conceptos biológicos, para excluir a los destituidos. La aniquilación no es siempre física, pues un silenciamiento igualmente efectivo en términos de proteger a los de raza superior es la marginación social y el desempoderamiento. El ejercicio de poder en base a discriminaciones biológicas niega el espacio social y público propio de la política, por lo que hablar de biopolítica sería una contradicción insoluble. Interpretando el pensamiento de H. Arendt y de A. Heller, señala Ortega: "El ámbito de la política se constituía tradicionalmente mediante la separación del espacio *oikos*, o sea, de la vida doméstica y de necesidades biológicas, del espacio público, lo cual corresponde a la distinción aristotélica entre *zoé* y *bíos*, entre vida biológica y vida públicamente calificada".⁹ Al colapsar estas diferencias, la biopolítica monopoliza el poder y seca el espacio de la deliberación política.

Obvia es la cercanía entre una política sobre la vida y la medicina –pública y clínica– que actúa sobre el cuerpo: "La medicina es un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores".¹⁰ Arrastrada en el torbellino disciplinario de la biopolítica dieciochesca, "la medicina (...) ahora va a tener la función crucial de la higiene pública", incluyendo una "campana de

aprendizaje de la higiene y medicalización de la población”.¹¹

Ni siquiera en “Nacimiento de la biopolítica” hizo Foucault algo por ampliar y sistematizar sus ideas sobre biopolítica, con lo cual quedó autorizado un profuso despliegue académico que hace transitar el tema por los más diversos ámbitos.¹² Desde la antropología médica, Didier Fassin ha estimado conveniente desgranar dos grandes corrientes biopolíticas: la política de lo viviente, cercana al ser humano en tanto cuerpo explorable, cognoscible desde las ciencias naturales, en especial la biología,

y la política de la vida que despliega la mirada filosófico-política.¹³ Útil para la antropología es la comprensión de biopolítica como compuesta por estas dos fases, lo viviente –en tanto *bíos* o existencia humana– y lo vivo –como *zoé* o mera biología–. Para la relación entre biopolítica y salud pública, así como para la bioética, que hasta ahora había mostrado escaso interés en el tema, es conveniente una sistematización más tajante, planteando cuatro formas básicas como se ha entendido la biopolítica, cada una sustentada en un corpus conceptual propio: la biopolítica tanática, la instrumental, la tecnocientífica y la afirmativa.

Biopolítica tanática: Giorgio Agamben

Tal vez la visión más negativa provenga del filósofo italiano Agamben, quien ve en la biopolítica un ejercicio de poder que tiende a menoscabar al individuo hasta el extremo de hacerlo morir con impunidad, de ahí su énfasis en lo tanático (*tanatos* = muerte). El ejemplo que analiza es el campo de concentración, donde los individuos son despojados de toda su existencia biográfica, personal y social, quedando reducidos a la vida nuda, la mera corporeidad animal. El ser humano se convierte en *homo sacer* –homo nudo–, una existencia desvalida e insignificante, reducida a un ente que puede ser impunemente muerto, pero no es sacrificable. El sentido de un sacrificio es ofrecer en pleitesía algo de valor, pero al *homo sacer* no le resta ese valor mínimo para servir de dádiva por causa o para entidad alguna, y por eso es impunemente eliminable.¹⁴

Preocupa a Agamben cómo las democracias contemporáneas muestran una tendencia a despojar a los ciudadanos de sus atributos personales y someterlos al poder de la biopolítica, lo cual, al menos en el orden mundial, efectivamente es así. Acuciados por el bioterror del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos, se decretó un estado de emergencia que permite socavar los derechos humanos y el *habeas corpus* de personas consideradas sospechosas por su filiación étnica o por cualquier indicio banal; son modos biopolíticos de despojar a los individuos de su carácter ciudadano y de sus vínculos sociales, para convertirlos en vida

nuda sometida a todo tipo de vejaciones. El trato que se ha dado a las poblaciones de inmigrantes ilegales en Francia, donde viven hacinados y carentes de derechos ciudadanos que les permitan ingresar en la sociedad, ilustra las severas tensiones reinantes entre derechos políticos, derechos sociales y carencia de todo derecho, distinciones que se establecen en términos biopolíticos para resguardar la paz ciudadana a costa de sacrificar a los ilegales.

La biopolítica tanática descrita por Agamben practica el corte entre vidas a proteger y vidas dispensables, recurriendo a doctrinas racistas en los campos de concentración y en algunos estados de excepción. Se detecta la misma política de segregaciones sociales entre ciudadanos y marginales, integrados y desempoderados, autorizados e ilegales, reconocidos e invisibles, estableciendo un lenguaje racista que discrimina entre protegidos y dispensables. Estos sesgos políticos se asesoran con la medicina y con la bioética, ambas enfrascadas en interminables polémicas acerca del estatus de seres humanos que se encuentran entre vida y muerte, dando pábulo a nuevas condiciones biológicas como el estado vegetativo persistente para seres humanos que no están ya vivos como personas, pero cuyos cuerpos conservan funciones vitales dependientes de soportes instrumentales.

La biopolítica estudiada por Agamben no tiene otros defensores que algunos políticos

y pensadores que consideran legítimo propiciar guerras santas justificándolas en defensa de valores egregios como democracia, libertad, antiterrorismo. Es el *jus ad bellum* sustentado en el clásico argumento biopolítico según el cual la protección de vidas

valiosas tolera e impone la destrucción de vidas despreciadas como dispensables o, en su versión actual, justifica la intervención bélica que viola derechos humanos para derrocar regímenes que no respetan esos mismos derechos básicos.¹⁵

Biopolítica instrumental: Michael Gross

Hay ciertas semejanzas entre esta biopolítica y la forma tanática, ya que también aquí se invoca el *jus ad bellum* o guerra santa supuestamente justificada por lo egregio de sus fines o por la perversidad del enemigo amenazador. Sin embargo, se va un paso más allá, al tolerar y aceptar prácticas bélicas rechazadas por acuerdos internacionales que prohíben el maltrato y la tortura de prisioneros, el ataque a poblaciones civiles, el bombardeo de hospitales, ambulancias o escuelas y el uso de armas biológicas y químicas. Es la doctrina *jus in bello* que se excusa de respetar el derecho internacional y su rechazo de todas estas formas de encarnizamiento agresivo empleado con la disculpa que los medios excesivos permiten reducir los daños y la prolongación de los conflictos bélicos. Agravante de esta violación de convenciones que regulan y circunscriben los métodos de agresión, es que ha encontrado numerosos defensores

entre bioeticistas que discurren argumentos sofisticados para justificar que la brutalidad puede servir para coartar amenazas, abreviar los episodios bélicos y servir de escarmiento. Nuevamente se involucra a la medicina en prácticas biopolíticas, esgrimiendo el argumento de que la bioética y la ética médica han de ser silenciadas por la ética militar, de modo que el médico participante en torturas está obrando no en respeto de la ética profesional, sino como ciudadano que ha de cumplir su deber.¹⁶

No hay forma de biopolítica que se distancie más de la bioética que ésta y, si bien la ética militar podrá encontrar justificaciones estratégicas para violar el *jus in bello*, es del todo impropio que desde la ética médica y de la bioética aparezcan justificaciones conceptuales de prácticas que son inaceptables y contrarias a todo espíritu humanitario.

Biopolítica tecnocientífica: Nicolas Rose

Con el nombre de política de la vida, el sociólogo N. Rose y el antropólogo P. Rabinow han desarrollado un corpus de artículos y libros que elogian los avances biotecnocientíficos desplegados en recientes tiempos, donde destacan la genética, la reproducción asistida, la neurociencia y, en la medida que pase de promesas a resultados, la incipiente nanotecnología, como loables esfuerzos encaminados “*al control de los procesos vitales del cuerpo y de la mente*”.¹⁷ Con fervor apenas crítico, celebran el dominio de la cultura sobre la naturaleza, otorgando una atención muy marginal a las inequidades que el despliegue tecnocientífico trae consigo y al riesgo de desatender problemas mórbidos que afectan a las poblaciones más pobres del mundo, exacerbando las penurias de quienes padecen enfermedades desatendidas –*neglected diseases*–.

El elemento biopolítico de la biotecnofilia aparece cuando los autores muestran su

beneplácito con la aplicación de estos avances en el diagnóstico precoz de individuos cuyo futuro estaría marcado por la delincuencia y el desvío social. Una estrategia destinada a reducir riesgos poblacionales “buscando la identificación presintomática de individuos problemáticos y ofensores, sometiéndolos a programas de intervenciones... eventualmente incapacitándolos mediante encarcelación permanente, detención preventiva de abusadores sexuales... o de quienes sean diagnosticados de albergar ciertos ‘desórdenes de personalidad’”. En suma, es una biopolítica que utiliza la biotecnociencia para decidir quién debe vivir y a quién se coarta en su autonomía, cercenando opciones de vida en defensa de la sociedad. No es demasiado tranquilizador leer que “no hay evidencia que sugiera que las formas de biopolítica que se vienen desarrollando tengan entre sus objetivos estratégicos una administración masiva de cualidades poblacionales”.¹⁸

Biopolítica afirmativa: Roberto Esposito

Las diversas lecturas de la biopolítica dejan escaso espacio para pensar en una forma afirmativa de emplear el poder en beneficio de la vida. Gran conocedor del tema, Esposito reconoce el aspecto tenebroso que ha sido inherente a la biopolítica y se pregunta por qué ella, siendo una política de la vida, está en permanente tentación de volverse tanatopolítica y de ser interpretada como destructiva. En el trasfondo de esta interrogante yace el anhelo de vislumbrar una biopolítica afirmativa, que no sea *de* la vida ni *sobre* ella, sino que se despliegue como una biopolítica *para* la vida. El estatus embrionario de esta propuesta queda mostrado al citar las frases con que el filósofo italiano cierra una de sus más recientes obras:

“Ninguna porción de ésta [la vida] puede ser destruida a favor de otra: toda vida es forma de vida y toda forma de vida ha de referirse a la vida. Que un único proceso atraviese sin solución de continuidad toda la extensión de lo viviente –que cualquier

viviente deba pensarse en la unidad de la vida– significa que ninguna porción de ésta pueda ser destruida a favor de otra: toda vida es forma de vida y toda forma de vida ha de referirse a la vida. No es éste el contenido ni el sentido último de la biopolítica, pero al menos es su presupuesto: que se lo niegue una vez más en una política de la muerte, o se lo afirme en una política de la vida, también dependerá del modo en que el pensamiento contemporáneo siga sus huellas”.¹⁹

Un pensamiento utópico y desarraigado tanto de la historia como de la realidad social contemporánea, que solo podría cumplirse si la biopolítica desechara su intrínseco componente destructivo para convertirse en una biopolítica para la vida. Mas en ese caso deja de ser una biopolítica propiamente tal y se transforma en una política afirmativa de la vida, lo que el presente texto pretende destacar como análogo a una salud pública fundada en la reflexión bioética.

Los orígenes de la salud pública

En el pensamiento pionero de B. Ramazzini (1633-1714), la medicina social es “parte de un plan político y organizativo cuya máxima meta fuera ubicar la vida social y económica al servicio de la política de poder del Estado. Este sistema es conocido como *mercantilismo* o, en su orientación más política y típicamente alemana, como *cameralismo*”. En su “Tratado sobre las enfermedades de artistas y trabajadores manuales” (1700), reconoce la deuda que sociedad y medicina tienen frente a los “profesionistas cuyo trabajo aparentemente tan mínimo y despreciable es, no obstante, tan imprescindible y útil para el bien del Estado”.²⁰

La historia de la salud pública tiene notorias analogías con la biopolítica. Ambas proponen intervenciones sobre las poblaciones, inspiradas en alcanzar algún fin que excepcionalmente ha sido el estado de salud poblacional en sí, más frecuentemente buscando asegurar e incrementar la productividad laboral en beneficio del poder soberano –mercantilismo, cameralismo– o de la nación empeñada en un desarrollo que ha sido determinado por poderes fácticos y no por la sociedad civil.

Someramente, baste recordar los primeros textos de salud pública, notablemente el de J.P. Frank, que acuñaron el concepto de la *medizinische Polizei* –policía médica–, que

hace de lo sanitario materia de la autoridad policial a objeto de “incrementar el poder del Estado, más que el bienestar de la población, volviéndose una ideología estatal reaccionaria”.²¹ Más conocida es la frase de R. Virchow: “*La medicina es una ciencia social y la política no es sino medicina en grande*”, con la cual ratifica la íntima unión de lo sanitario y lo político, variando según la orientación dada por los poderes reinantes: monarquía absoluta, revolución industrial, capitalismo, estado social y benefactor, neoliberalismo y globalización.

Es a mediados del siglo XVIII que Foucault sitúa la aparición de la biopolítica poblacional: “atravesada por la mecánica de la vida y fundada en procesos biológicos. La reproducción, las tasas de nacimiento y muerte, los niveles sanitarios, las expectativas y la prolongación de la vida con todas sus variables, se convierten en sustrato de medidas intervencionistas y *controles regulativos: biopolítica de la población*”. La analogía y el sincronismo con los inicios del “esclarecimiento estadístico” iniciado por Louis en Francia y desarrollado por Farr en Inglaterra, dieron impulso al desarrollo de la epidemiología y la aplicación de un “bien organizado movimiento higienista”, cuyos primeros frutos fueron aplicados en el estudio de las epidemias de cólera de mediados del novecientos.²²

Convergencia de biopolítica y salud pública

En 1883 se legisla en Alemania la creación de una Caja de Seguro Médico Obligatorio que, bajo tutela del Estado, brinda atención médica solo a los trabajadores. Diversos intereses tanto fiscales como de la profesión médica insisten en definir enfermedad ora como incapacidad laboral causada por accidentes del trabajo, ora como patologías agudas “inflamatorias” que ocasionan solo escaso ausentismo laboral. Quedan sin cobertura, cual si no fuesen enfermedades, las afecciones crónicas y las incurables. Aquellos episodios mórbidos que no justifican una licencia médica, deben ser tratados en forma privada por practicantes de medicinas alternativas o por recurso a la aún persistente medicina caritativa que atiende a los pobres.

Poco a poco, a lo largo de decenios, se extiende el seguro médico al resto de la población, mediante leyes que al mismo tiempo regulan el desempeño de los médicos: todo médico es entendido como una célula indispensable en el organismo estatal, una opinión que ratifica el lenguaje de la biopolítica, tanto por la analogía del Estado con un organismo biológico, como en la vinculación de medicina y política.

Junto con reconocer el condicionamiento social de salud y enfermedad y de establecer medidas higiénicas –alcantarillado, disponibilidad de agua potable, saneamiento urbano– para mantener la fortaleza corporal de los trabajadores, crece también

el reconocimiento de que estas mismas condiciones sociales –la miseria, la mala nutrición, la susceptibilidad a enfermar– son renuentes a ser modificadas y por lo tanto pondrán límites férreos a la efectividad de la salud pública. Es preciso recurrir a la medicina para defender al cuerpo humano de su degradación, encauzarlo en la normalidad y promover “el gran progreso de la historia natural del ser humano, no porque se vuelva más sano, sino porque se domina mejor la enfermedad”.²³ La salud pública, su nombre parece indicarlo, es una política de mantención de cuerpos libres de enfermedades que coarten su robustez laboral; de lo que no puede ser alcanzado con medidas sanitarias, se hará cargo la medicina clínica, cuidando al individuo por acción directa sobre el organismo, mas con el mismo encargo de fortalecer la fuerza física en pro de restaurar prontamente su productividad laboral. Medidas sanitarias en el seno de determinantes sociales negativas –lamentables pero no removibles–, la convergencia de biopolíticas poblacionales, la normalización del cuerpo y la medicalización de condiciones laborales y vitales, son los vectores de lo que se puede entender como una biopolitización de la salud pública y de la medicina asistencial.

La historia de la medicina social chilena reproduce a grandes rasgos lo relatado.²⁴ La atención médica para pobres e indigentes estaba a cargo de la caridad, en forma

tardía se fue poniendo parcialmente en manos estatales a través de la Junta de Beneficencia y desde 1924 de la Caja de Seguro Obligatorio, que atendía a los obreros asegurados. Entretanto, la medicina preventiva evolucionaba lánguidamente desde 1918 hasta anclar en el Servicio Nacional de Salubridad. La fusión de las instituciones estatales curativas y preventivas originó el Servicio Nacional de Salud (1952), cuyo cometido incluía fomentar y proteger la salud y proveer atención médica a indigentes, obreros asegurados y su familia nuclear.

Al tenor de la medicina pública de la Europa decimonónica, también en Chile se observa la reticencia del Estado a asumir los cuidados de la población no laboral y el énfasis que recibe la “salud pública” higienista antes que el cuidado de los enfermos. La Constitución de 1980 asegura la protección de la salud, mas “no contempla expresamente en su texto la existencia de un servicio nacional de salud” (p. 193), confirmando al “derecho a la salud o derecho a la protección de salud” el carácter de “derecho social” no susceptible de ser reclamado por un recurso de protección, por falta de un “obligado preciso” (195-6).²⁵ No hay, en suma, intención de universalidad en las obligaciones sanitarias del gobierno, lo cual permite las políticas de inclusión/exclusión que maculan los programas tanto del AUGE/GES como de las ISAPRES. Al usar criterios biológicos para discriminar por género, edad, período reproductivo o procesos mórbidos, la salud pública aplica el mismo sesgo que caracteriza a la biopolítica.

Cohen y Arato señalan que

“los inicios del siglo XVIII vieron un ascenso demográfico acompañado por un incremento en la riqueza y el final de los grandes azotes de las plagas y las hambrunas; como resultado, la preocupación social por la muerte es reemplazada por una preocupación por la administración de la vida y la acumulación de personas. Por consiguiente, el Estado se interesa en la obtención de información y el control de la salud, la riqueza, los recursos humanos, los recursos en general, la reproducción y el bienestar de esa nueva entidad, la ‘población’ como un medio de incrementar el poder estatal”.²⁶

La cita deja al descubierto la conjunción entre biopolítica, demografía, epidemiología y políticas sanitarias que, con variados matices e intensidad, se da en diversos regímenes políticos. Correspondería a las ciencias sociales desmenuzar “lo que en la producción de las reglas de acción de las sociedades ya condujo a reducir los retos morales de la intervención sobre el cuerpo a las únicas cuestiones, perfectamente fundamentadas después de todo, de la bioética, mientras que los innumerables y delicados problemas planteados por la salud pública quedarían esencialmente en la sombra”.²⁷ Esta propuesta pecaría de un cierto cientifismo que otorga a las ciencias sociales roles no solo cognitivos sino también propositivos, siendo más razonable pensar que críticas y propuestas en materias sanitarias corresponden en propiedad a la conjunción de salud pública y bioética.

Esfera pública y esfera privada

La sociología aporta un análisis que presenta similitud con la tradicional tensión entre atender disciplinadamente al bien común, y respetar la autonomía de las personas. “Nuestras necesidades y hábitos no tienen ya un carácter privado; somos directamente responsables de ellos a la <vista del público>”.²⁸ Al decir de Alan Touraine, el ámbito público ha ido invadiendo el espacio privado de las personas, restándoles la autonomía sobre su propio cuerpo mediante disposiciones que regulan la reproducción humana y el estatus ontológico y moral del embrión, dictaminando sobre el cuerpo en tanto sano y productivo, así como dictando normas sobre la actividad médica que administra ese cuerpo. Finalmente, también asumiendo la regulación del proceso de muerte en cuanto es la ley la que determina criterios de muerte para trasplantes, el modo de actuar frente a vidas residuales como el estado vegetativo persistente o las personas afectadas por el síndrome del encastillamiento. Poder público y reflexión ética determinan y dictaminan sobre intervenciones y omisiones que hacen vivir –tratamientos críticos–, dejan morir –eutanasia pasiva–, o hacen morir –eutanasia activa–. El listado de aspectos privados que son normados por el poder público es análogo a los problemas que ocupan a la deliberación bioética.

En el bioderecho se vienen presentando instancias donde la voluntad del paciente se estrella con la ley y las decisiones terminan en manos del juez, quien decide si autorizar

o no una cirugía de transexualidad, permitir o no que un paciente se niegue a la amputación de sus miembros gangrenados por diabetes, hacer valer o denegar el derecho de los Testigos de Jehová a rechazar transfusiones de sangre.²⁹

La conjunción de bioética y derecho, creando el neologismo “bioderecho” de discutida aceptación, es el intento de dar solidez a la deliberación bioética y estabilidad a los vastos márgenes discrecionales del decisionismo. La “juridificación” o “legalización” que el bioderecho ejerce sobre la bioética busca evitar que se eternicen las polémicas y la reedición de disquisiciones desvinculadas y renuentes a toda renovación, así como movilizar los derechos humanos desde su oficiosa proclamación hacia una legalidad vinculante. El bioderecho es, no obstante, una herramienta potencialmente peligrosa al rigidizar la deliberación y dar por sentadas normas éticas que debieran quedar siempre abiertas a la argumentación y al respeto de opiniones discrepantes. En ese sentido, el bioderecho puede aliarse con la biopolítica para cercenar el pluralismo bioético y reducir los espacios vitales privados. Tema muy sensible que requiere enfoques diferenciados en respeto a la diversidad de filosofías políticas y culturas sociales imperantes, como también para evitar que el [bio]derecho se convierta en instrumento de la biopolítica, erigiéndose ésta a su vez en representante del espacio público y ejerciendo su poder sobre dimensiones de la vida que corresponden al ámbito reflexivo de la bioética.

Biopolítica y salud pública convergen en su influencia sobre los individuos a partir del poder político, una tendencia que busca determinar aspectos de la vida personal y ponerlos al servicio de las metas políticas fijadas. Esta convergencia se hace muy notoria cuando la biopolítica expresamente convoca a la salud pública y a la medicina a colaborar en la lucha

contra el terrorismo y el bioterrorismo,³⁰ erosionando la fundamental diferencia entre la biopolítica que sistemáticamente restringe la autonomía individual, y la salud pública que solo lo hace cuando de esta restricción depende la eficacia de una política sanitaria –vacunaciones obligatorias, aislamientos en procesos epidémicos–.

Inserción de la bioética

La colonización del espacio privado por el poder público, lamentada por la sociología, encuentra no obstante su beneplácito en el pensamiento de filósofos desencantados con la falta de relevancia social del discurso bioético excesivamente preocupado por los derechos del individuo y el resguardo de su autonomía aun en materias de repercusión social como lo son la genética, la reproducción humana, la oposición entre autonomía y derechos colectivos. C. Castoriadis pregunta derechamente: “¿No será que en vez de bioética lo que en realidad necesitamos es una *biopolítica*?”.³¹ Pregunta que encuentra respuesta afirmativa en C. Maldonado, quien entiende la biopolítica como hija de la bioética, pero que ha crecido hasta englobarla, por cuanto las nuevas tecnologías operan a largo plazo, en gran escala, y empeñadas en “decisiones y acciones *eficaces y eficientes*”.³² Dimensiones todas que sobrepasan el horizonte de la bioética y requieren, según el filósofo colombiano, un enfoque político.

Si la bioética efectivamente tiende al preciosismo de la minucia y padece de miopía frente a los grandes problemas de la vida que afectan a la humanidad, habría de reconocerse su carácter efímero y dispensable. En su afán por iluminar todas las facetas de la persona en cuanto agente racional y moral, ha olvidado la bioética su responsabilidad frente al ser humano en cuanto ente biológico y, más trascendente aún, como especie. Esta desatención abre flancos para la colonización de estos ámbitos por

la biopolítica y su alianza con la floreciente biotecnociencia.³³

La emergencia de la biotecnociencia como una nueva rama de la ciencia destaca un desarrollo que llama a la reflexión, pues puede tener repercusiones demasiado extensas para ser registradas sin mediar un análisis ético de estos procesos. El ejemplo más evidente y preocupante es la emergencia de las neurociencias, fundamentalmente financiadas por erarios militares en sus estudios para determinar las bases biológicas de la conducta y controlarlas mediante intervención en el sistema nervioso central.³⁴ Los avances de la genética auguran a corto plazo la posibilidad de intervenir en el genoma humano y modificar características fenotípicas y conductuales, lo cual se anticipa igualmente para la nanotecnología, donde se presentan alternativas por ahora teóricas, con consecuencias biopolíticas que se insinúan en textos como “Nanotecnología y los militares”, “Reglas de compromiso: democracia y diálogo en la creación de nanotecnologías futuras” o “Democracia deliberativa y nanotecnología”,³⁵ aparecidos en una reciente antología. Estos temas de frontera comprometen a la biotecnociencia en lo más central de la vida humana y se insinúan como instrumentos de biopoder, siendo inconcebible que la bioética no participe de lleno en la deliberación.

El intranquilizador potencial de la salud pública de asemejarse a la biopolítica en

su colonización del ámbito privado desde el espacio público, es el punto de inserción más sensible para la reflexión bioética, dados los frecuentes dilemas éticos de la salud pública en sus intentos por conciliar la eficiencia de una campaña con el consentimiento autónomo de las personas. El tema de la oposición entre la autonomía individual y la instalación de políticas sanitarias que únicamente son efectivas si se llevan a cabo con disciplina y solidaridad social, genera una tensión entre el ámbito privado y las razones de Estado, como lo indica la paradoja preventiva de Rose: “Una medida preventiva que trae mucho beneficio a la población ofrece poco a cada participante individual”,³⁶ y lo destaca el reciente texto de S. Holland “Ética en salud pública”.³⁷

Hay señales alarmantes de utilizar herramientas políticas deleznable para mantener en funciones centros de detención y tortura como Guantánamo y Abu Ghraib, comprometiendo a médicos y a la salud pública en esta lucha contra el terror. Inquietante es la tendencia a politizar la bioética, como ha ocurrido con la reciente creación de una nueva Comisión Nacional de Bioética convocada por el Presidente de los EE.UU., presidida por un politólogo e incluyendo una minoría de solo tres especialistas en bioética. La convocatoria de la biopolítica a la salud pública a participar en la lucha común contra la amenaza del bioterrorismo es la más clara demostración de la posible sinergia entre ambos campos de acción pública. El tema es tratado en forma exhaustiva en el recientemente aparecido libro de George J Annas, con el sugerente

título “Bioética del peor escenario: muerte, desastre y salud pública (Oxford University Press, 2010).

En forma contemporánea, se produce un movimiento de aún mayor alcance cuando la biopolítica asume decisiones y ejerce su poder en desconocimiento de la salud pública. No de otra manera se entiende que desde el poder político se proscriba y penalice el aborto procurado, en tanto la salud pública se lamenta de las lacras sanitarias producidas: 200.000 abortos clandestinos de los cuales 35.000 se complican y requieren atención hospitalaria, y del aumento alarmante de embarazos adolescentes que en buena parte podrían evitarse con una política menos restrictiva de acceso a la anticoncepción de emergencia. En estos casos no hay oportunidad ni injerencia de una reflexión bioética para ponderar los requerimientos de la salud pública e intentar alguna participación en las biopolíticas emprendidas. Las diversas biopolíticas en torno al aborto, sea volviéndolo permisible o confirmando posturas proscriptoras, se llevan a cabo sin mucha participación de la salud pública, cuya preocupación se centra más en la prevalencia de abortos clandestinos y sus consecuencias patológicas, que en la autonomía reclamada para la mujer o los derechos invocados para el embrión. En Italia, donde el aborto procurado fue legalmente facilitado por el alto número de abortos ilegales que ocurrían, se observa la decisión política de legalizar el aborto en consonancia con una solución al problema de salud pública, pero ello sucede por voluntad ciudadana expresada en sendos plebiscitos.

En la medida en que la salud pública emprende políticas sanitarias de prevención de enfermedades o promoción de vida saludable, inevitablemente cae en la mencionada tensión entre bien público y autonomía individual. En su forma extrema, una acción sanitaria colectiva que requiere participación de todos no puede admitir disidentes que consideren vulnerada su autonomía o puesta en peligro su integridad física, planteándose un conflicto ético de difícil solución a menos que el bien común quede demostradamente amenazado o dañado por la renuencia de algunos a participar.

La inserción de la bioética en el discurso de la salud pública no ha sido fácil y está lejos de completarse. Los primeros intentos no fueron convincentes por cuanto se intentó extrapolar una bioética principialista, enfocada a las relaciones interpersonales pero incapaz de atender el ámbito colectivo en

que se desarrolla la salud pública. En un propósito por entrelazar ambas disciplinas, se viene desarrollando desde hace algunos años una ética de protección que se propone establecer las condiciones bajo las cuales la salud pública puede legitimar la restricción de la autonomía individual cuando la eficacia de sus políticas requiere la participación disciplinada de cada miembro del colectivo.^{38,39} La protección bioética sugiere que las acciones cuya participación obligatoria no admite excepciones ni disidencias requieren ciertas condiciones de validación: 1) Enfrentar un problema sanitario público requirente de solución; 2) Contar con las mejores medidas existentes para solucionar o paliar el problema; 3) Ponderar los riesgos y asegurar que sean aleatorios, es decir, igualmente [im]probables para todos los afectados; y 4) Cumplidos los puntos anteriores, se legitima una restricción de la autonomía para la realización disciplinada del programa.⁴⁰

Salud pública como [bio]política afirmativa

La consolidación de la bioética como parte del engranaje conceptual y estratégico de la salud pública se constituye en base a la separación de políticas sanitarias y biopolítica. Desde el momento en que la salud pública elabora programas de prevención de enfermedades y promoción de vida saludable buscando beneficiar a las poblaciones sin excepciones ni exclusiones, y recurriendo a restricciones de la autonomía individual únicamente cuando ello es demostradamente necesario para asegurar la eficacia de las medidas propuestas, estará actuando para la vida, no sobre ella, como Esposito sugiere, en nombre de una biopolítica afirmativa. Solo que, al abandonar la discriminación de favorecidos y desatendidos, ya no será una biopolítica desde que, al acoger a la bioética entre sus disciplinas constituyentes, la salud pública se valida como sucesora y reemplazante de cualquier forma de biopoder en el mundo sanitario.

La erradicación de la viruela es ejemplo de un programa de salud pública que solo pudo ser eficaz por la universalización de la vacuna antivariólica llevada con consecuencia y control rigurosos. La autonomía individual debió doblarse ante esta exigencia, pues el certificado de vacuna era indispensable para cualquier emprendimiento, desde enrolarse en instituciones educativas hasta ingresar al mercado laboral, cumplir trámites civiles o viajar. La salud pública actuaba como una biopolítica policial que por el bien público desarrolló una política de protección universal, con

participación obligatoria aun a sabiendas que algunos individuos sufrirían complicaciones severas, eventualmente letales. Aunque la estrategia empleada fue biopolítica, su legitimación ética puede ser confirmada por cumplir los requisitos de la ética de protección: el problema de la viruela era severo; la vacuna desarrollada era altamente eficaz y eficiente, y de bajo costo; los riesgos de complicaciones eran aleatorios e imprevisibles, teniendo todos la misma probabilidad de ser víctimas de ellos. La aleatoriedad de efectos indeseados en programas de salud pública es una diferencia fundamental con la biopolítica caracterizada por discriminar arbitrariamente entre beneficiados y perjudicados. Cumplidas estas tres condiciones en el programa antivariólico, era del todo justificado limitar la autonomía de quienes quisieran eximirse de la vacunación; en otras palabras, se trató de una acción de salud pública del todo legitimada desde una ética de protección.

El contraejemplo, el de una salud pública empeñada en imponer regulaciones sin cumplir con los postulados de la ética de protección, ora actuando en forma biopolítica, ora debiendo abstenerse de actuar, está dado por la epidemia de VIH/SIDA. Los intentos de imponer programas preventivos –cierre de fronteras, aislamiento, clausura de ambientes críticos como ciertos baños públicos– fueron todos resistidos y debieron ser abandonados, por cuanto carecían de eficacia y su aplicación producía

discriminaciones y cercenamientos injustificados de autonomía individual. La inutilidad de aplicar medidas sanitarias clásicas llevó a decretar un estado de “excepcionalismo” sanitario al reconocer que es éticamente más correcto ejercer la prudencia de no lesionar la autonomía de las personas si con ello no se logra un adecuado dominio sobre la epidemia.⁴¹

El otro gran tema donde la salud pública se integra con la reflexión bioética es la

promoción de salud y su tendencia a fomentar la autorresponsabilidad y proponer estilos de vida y conductas saludables, debate que ocurre en un ambiente de mercantilización de lo médico, medicalización de normalidad y desviación, y reducción de la responsabilidad y las obligaciones del Estado. La ingente literatura sobre estas materias reconoce el filón ético que debe incorporarse a un debate que por su amplitud ha de ser tratado en otra ocasión.

Conclusión

La cercanía conceptual y estratégica de la salud pública como practicada desde el siglo XVII con la biopolítica poblacional según la describe Foucault, presenta fisuras que son develadas por la bioética. En recientes lustros y después que el pensamiento bioético se hubiese afianzado en el ámbito clínico, emerge una agenda tardíamente convocada por la salud pública, que se ve amenazada por la biopolítica empeñada en sobrepasarla. La colonización de la bioética por la biopolítica ha de ser resistida, por cuanto es riesgoso sacrificar el análisis ético a los apetitos discriminatorios inherentes a toda biopolítica que busca proteger a costa de marginar y aniquilar a los dispensables.

Conforme a su historia, la salud pública ha sido, en gran medida, una biopolítica al servicio de fuerzas dominantes –soberanos absolutos, dictaduras, capitalismo– que no hesitan en otorgar protección social y sanitaria a quienes sirven sus propósitos, aunque ello implique perjuicios y daños a marginados y desempoderados. El desenfoque de las tareas sanitarias en el seno de la globalización, el debilitamiento de los Estados nacionales encargados de ellas, y las tensiones impuestas a la salud pública en nombre de la defensa contra el bioterrorismo y en el enfrentamiento de situaciones globales con consecuencias sanitarias –pandemias, enfermedades emergentes y reemergentes, manipulación genética, cambios climáticos–, amenazan “biopolitizar” las políticas públicas de salud.

Es de temer el predominio de una biopolítica que se propone fines acotados e interesados y descuida los medios para alcanzarlos. Si la salud pública es convocada a elaborar estrategias que privilegian determinadas orientaciones y metas corporativas, habrá perdido el contacto con las necesidades y aspiraciones del bien común, en cuyo caso se perfila como razonable y necesario que la bioética se ofrezca como una de las disciplinas que ha de participar en la deliberación sobre los afanes y tareas propias de la salud pública.

Las voces que invocan una biopolítica puramente afirmativa están pensando en poner el biopoder al servicio de la vida, lo cual, como se ha señalado, es contradictorio. La idea encierra el anhelo de una biopolítica que sea positiva tanto para *bios* como para *zoé*, sustentando el empoderamiento de ésta, el florecimiento de aquélla. Hay que revisar el pensamiento foucaultiano, acogiendo la sospecha de Didier Fassin de que posiblemente Foucault se haya referido al gobierno del cuerpo –anatomopolítica– y al gobierno de poblaciones –biopolítica–, dejando “escapar la *substancia* de la vida”.⁴² Pretender la creación de una biopolítica afirmativa es caer en una contradicción semántica, pues toda biopolítica que torne la espalda al componente destructivo que la define podrá ser muy afirmativa, pero ya no será una biopolítica. Para evitar ese callejón sin salida, es más prometedor pensar en una salud pública que se desentienda del biopoder y busque su afirmación en un

maridaje con la bioética como un puente a tender entre las tres dimensiones que le son inherentes: la legitimidad –ética, participativa– que debe dar sustento a la legalidad, la reflexión que ha de fiscalizar la imposición y regular la disciplina, y la bioética que llama a desterrar a la biopolítica y hacer de la salud pública una empresa éticamente solvente.

Al preguntar por los valores que sustentan las políticas de la vida en las sociedades modernas, se rehabilita una reflexión moral sin renuncia alguna al análisis y diseño de políticas públicas. El lenguaje científico y los datos estadísticos son de indudable valor para el diseño correcto y fundamentado de los programas de salud pública, sin descuidar que los parámetros de una sociedad provienen de los individuos que la integran: “Alrededor del tema de la cuantificación de los fenómenos y de la interpretación de las medidas se juega algo mucho más importante que el desarrollo de nuevos instrumentos: una manera inédita de pensar la relación entre el individuo y la sociedad, entre lo particular y lo general”.⁴³ En el espesor del biopoder, que es el poder que se estructura como una política sobre la vida, se ha de situar la ya mencionada propuesta de Fassin de una “biolegitimidad, que es la legitimidad de la vida”. Es la política pública que se valida en tanto se desarrolla en forma ecuánime y sin discriminaciones, al reconocer lo modular de la ética en toda acción política que pretenda ser afirmativa de la vida individual, de la sociedad y de la especie humana, más que defensora de intereses potentes y privilegiados.

Hay una notoria zona ciega en la literatura que se ocupa de la biopolítica, ceguera que el presente texto también padece. La característica más resaltada de la biopolítica es su invasión del mundo privado, de la individualidad biológica y existencial, por medio de un espacio político que dictamina desde el espacio público lo que ha de acontecer en el ámbito personal. Es ésta, sin duda, una característica empírica y un lastre moral prevalente en las diversas formas de biopolítica que han obrado en el mundo occidental moderno. Hay, no obstante, un segundo elemento que ha sido solo oblicuamente reconocido en su carácter biopolítico. Abundante es la literatura dedicada al fenómeno de la globalización y sus consecuencias, pero no ha sido suficientemente resaltado que el imperio de lo global se ejerce a través de biopolíticas que, característicamente fomentan determinados intereses y se desentienden o activamente disponen daños morales y materiales a quienes bajo pretextos de discriminación biológica quedan excluidos de los privilegios elaborados por la biopolítica. El biopoder erosiona no solo la interfaz pública/privada, desmonta también los límites entre lo nacional y lo global, con impacto sobre las políticas sanitarias que, siendo una responsabilidad del Estado territorial y poblacionalmente acotado, sufren ahora los embates de las fuerzas económicas y políticas de la globalización.

Desarticular toda interacción entre biopoder y salud pública es tarea primordial de la deliberación bioética, pero no es la única, como intentarán mostrar algunos textos sucesivos de esta serie de “Nuevos Foliaos”.

Bibliografía

- 1 Petersen A., Lupton D. The new public health. London, Sage Publications Ltd., 2000, p. 25.
- 2 Fassin D. Entre las biopolíticas de los vivientes y las políticas de la vida. Revista Colombiana de Antropología 2004; 40: 283-318.
- 3 Görlitz A., Prätorius R. (eds): Handbuch Politikwissenschaft. Reinbek, Rowohlt 1987.
- 4 Von Uexküll J. Staatsbiologie, Anatomie, Physiologie, Pathologie des Staates (1920). Citado en Esposito R. Bíos. Buenos Aires, Amorrortu editores 2006.
- 5 Esposito R. Bíos. Buenos Aires, Amorrortu 2006.
- 6 Foucault M. Histoire de la sexualité, I: La volonté de savoir. Paris, Editions Gallimard 1976.
- 7 Foucault M. Defender la sociedad. DF, Fondo de Cultura Económica 2006: 231-233.
- 8 *Ibid.* 218.
- 9 Ortega F. Biopolíticas de salud: reflexiones a partir de Michel Foucault, Agnes Heller y Hannah Arendt. Interface-Comunic., Saúde, Educ. 2003-2004; 8: 9-20.
- 10 Foucault, 2006: 228.
- 11 *Ibid.* 221.
- 12 Foucault M. Nacimiento de la biopolítica. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica 2007.
- 13 Fassin D. 2004. Ver nota 2.
- 14 Agamben G. Homo sacer. Valencia, Pre-Textos 2003.
- 15 Lee S.P. (ed.): Intervention, terrorism, and torture. Dordrecht, Springer 2007.
- 16 Gross M. Bioethics and armed conflict. Cambridge Ma., London MIT Press 2006.
- 17 Rose N. The politics of life itself. Princeton NJ, Princeton University Press 2007: p. 16.
- 18 Rabinow P., Rose N. Biopower today. BioSocieties 2006; 1: 195-217.
- 19 Esposito, 2006. Ver nota 5.
- 20 Rosen G. An eighteenth century plan for a national health service (1944). Citado en: Deppe H-U, Regus M (eds.): Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Frankfurt aM, Suhrkamp 1975.
- 21 Göckjahn G. Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt aM, Suhrkamp 1985.
- 22 Beaglehole R., Bonita R. Public health at the crossroad. Cambridge UK, Cambridge University Press 1997.
- 23 Göckenjan, 1985. Ver nota 15.
- 24 Illanes M.A. "En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia,(...)". Historia social de la salud pública. Santiago, Ministerio de Salud 2010.
- 25 Bertelsen R.R. Chile. En Fuenzalida-Puelma H.L., Connor SS (eds.): El derecho a la salud en las Américas. Washington, Organización Panamericana de la Salud 1989: 187-205.
- 26 Cohen J.L., Arato A. Sociedad civil y teoría política. México DF, Fondo de Cultura Económica 2000: 323.
- 27 Fassin, 2004. Ver nota 10, p. 286.
- 28 Heller A., Fehér F. Biopolítica. Barcelona, Ediciones Península 1995, p. 79.
- 29 Hooft P.F. Bioética, derecho y ciudadanía. Bogotá, Editorial Temis 2005.
- 30 Gross M., 2006. Ver nota 13.

- 31 Castoriadis C. El avance de la insignificancia. Buenos Aires EUDEBA 1997.
- 32 Maldonado CCE, Bioética, biopolítica y los problemas de la acción. En Fonseca Chaparro M.E. (ed.): Historia y fundamentos de la bioética en camino hacia la biopolítica. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia 2006: 85-107.
- 33 Kottow M. Bioética entre biopolítica y salud pública. Revista Argentina de Jurisprudencia. En preparación.
- 34 Alpert S. Neuroethics and nanoethics: Do we risk ethical myopia? Neuroethics 2008; 1: 55-68.
- 35 Allhoff F., Lin P., Moor J., Weckert J. Nanoethics. Hoboken, John Wiley & Sons 2007.
- 36 Rose G. Sick individuals and sick populations. International Journal of Epidemiology 1985; 14: 32-38.
- 37 Holland S. Public health ethics. Cambridge UK Malden, Polity 2007.
- 38 Kottow M. Justicia sanitaria en escasez. Cad. Saúde Pública 1999; 15(Suppl. 1): 43-50.
- 39 Schramm F.R., Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad. Saúde Pública 2001; 17: 945-956.
- 40 Kottow M. Ética de protección. Universidad Nacional de Colombia UNIBIBLOS 2007.
- 41 Burr Ch. The AIDS exception: privacy vs. Public health. En Beauchamp D.E., Steinbock B. New ethics for the public's health. New York, Oxford. Oxford University Press 1999: 211-239.
- 42 Fassin D. La biopolitique n'est pas une politique de la vie. Sociologie et sociétés 2006; 38: 35-48.
- 43 Fassin D. Faire de la santé publique. 2ª ed. Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Santé Publique 2008.