

Ètica i política. El paper dels experts

Andreu Segura

Especialista en Salut Pública i Medicina Preventiva (jubilat). Barcelona.

La prevenció i el control de les pandèmies —de qualsevol problema de salut col·lectiu— requereix respostes socials. Aquestes les adopten persones i, per tant, estan influenciades per les emocions que, sovint, reflecteixen valors morals que la cultura ens ha anat aportant^a.

Un d'aquests valors és la idea que els infortunats tenen a veure, potser, amb alguna malifeta o inconveniència que mereix alguna reparació; en ocasions, fins i tot la purificació de les nostres pròpies faltes i incompliments. Per i culpa. Emocions i sentiments personals, modulats, però, per la nostra naturalesa social. Una naturalesa que, a més de la competència, requereix la cooperació, la nostra contribució a la viabilitat del grup. O, si més no, sobre els més propers: el marit o l'esposa i, sobretot, els fills; i pel que sembla, menys sobre els avis, malgrat la seva contribució ancestral a la supervivència del grup^b, que es podria qualificar de solidària, promoguda tal vegada perquè el costum d'ajudar els altres en temps de necessitat ha estat —i és— reconegut amb una elevada valoració moral, d'aquí que violar aquest costum pot provocar sentiments de culpa.

Tanmateix, hi ha d'altres elements a tenir en compte, altres valors i també preferències i interessos; per exemple, poder-nos fer càrrec de les despeses quotidianes, conservar l'estatus social, tenir perspectives professionals, gaudir de la companyia o de l'afecte dels altres, etc. La salut —que sovint és una manera d'anomenar la supervivència—, els diners i l'amor són les preferències axials de la nostra cultura, anhels que desitgem gaudir conjuntament i al màxim però que, de vegades, no hi ha més remei que triar el que va primer entre ells. I, amb aquesta pandèmia, la majoria —autoritats polítiques incloses— ha col·locat la salut (sobretot en l'aspecte més bàsic de supervivència) com la prioritat òbvia. Una preferència que alguns fan néixer en l'aforisme de Ciceró: *Salus populi suprema lex est*, malgrat que *salus* en llatí significa literalment salvació, com il·lustren els comitès de salut pública de la revolució francesa, que Locke va desenvolupar des del vessant més global del

benestar polític¹ com ens ha recordat l'Oriol Farrès² recentment.

És obvi que sense supervivència no hi pot haver ni amor ni riquesa, però no ho és tant que sigui imprescindible una salut plena i total per gaudir dels altres anhels ni de la vida en general. Perquè, tal com valora la majoria de les persones que responen les enquestes de salut, la percepció d'un grau de salut elevat i, fins i tot òptim, sovint és compatible amb patir alguna malaltia, particularment crònica^c. Els defensors més acèrrims d'aquesta prelatió han estat, com és lògic, els sanitaris. No endebades aquesta és la seva dedicació. Però els seus valors són els millors? Els més adients per tothom? És que, perquè en saben de malalties, són els que poden triar millor les mesures de protecció de la salut?

Es parla molt dels experts en aquesta pandèmia, o potser els que parlen molt són els qui se'n consideren o els consideren així. Però, qui són aquests experts? Els clínics no sembla que ho puguin ser del tot. Parcialment sí, en funció dels seus coneixements i habilitats, que cada vegada són més especialitzats, més aprofundits, però més específics, és a dir, més circumscrits a determinats aspectes, sobretot de la patologia i no tant de la *salutologia* que, per cert, mai s'ha desenvolupat com a tal.

És una limitació que afecta també qualsevol científic; perquè la protecció col·lectiva de la salut comunitària no és una qüestió exclusivament científica. Hi ha molts altres aspectes que cal considerar i sobre els quals els coneixements científics poden aportar poc. La ciència ens pot proporcionar moltes i valuoses aportacions; però per afrontar el problema ens en calen d'altres. I és obvi que qui es dedica a la ciència té els seus propis interessos, necessitats, expectatives i preferències, que no tenen perquè ser representatives de les del conjunt de la societat. I, com totes les activitats humanes, hi ha qui les fa amb més o menys competència i qualitat. I l'experiència no és només coneixement, perquè combina habilitats i destreses per resoldre determinats problemes, com ara gestionar organitzacions, per exemple, o, també, contribuir a la governació d'una societat, tasques que requereixen moltes i diverses competències. Aleshores, qui és qui en sap de prevenir i controlar pandèmies?

Podríem pensar que els salubristes, i particularment els epidemiòlegs^d, serien els professionals més directament coneixedors d'aquestes qüestions. Això és lògic, però

Correspondència: Andreu Segura
Adreça electrònica: asegurabenedicto@gmail.com

cal tenir en compte: primer, que la salut pública és multi i interdisciplinària i, segon, que una cosa són les competències tècniques i una altra la legitimitat política per a prendre decisions que afecten tothom.

Dit això, el recurs de les autoritats als experts no només és lògic, sinó que també és necessari, pel que fa als seus coneixements, habitualment profunds, però específics, i la seva experiència, menys valorable objectivament: sabers imprescindibles, però gairebé sempre insuficients.

No és que les autoritats polítiques no estiguin exposades a aquests biaixos, però són, sovint, les úniques legitimes per prendre aquest tipus de decisions tot i que, amb freqüència, tractin d'emparar-se en els experts per justificar les seves decisions, atribuint-les-hi. Això no les eximeix de retre comptes ni d'explicar quins són —o han estat— els experts atesos i quin és el paper que han jugat realment.

Però no solament és qüestió de tenir en compte els científics i els experts, també cal tenir en compte que, en decidir si imposar o no un confinament, no n'hi ha prou amb preguntar: “Quantes persones emmalaltiran de covid-19 si no adoptem el confinament?”. Caldria preguntar també “Quantes persones patiran depressió si confinem? Quantes faltaran a l'escola o perdran la seva feina? Quantes dones seran maltractades o assassinades per les seves parelles?”. Fins i tot quan disposem de dades vàlides caldria preguntar-se “Què és el que comptem? Qui decideix el que s'explica? Com ponderem les xifres?”.

Segons Yuval Harari: “L'any covid ha posat de manifest una limitació encara més important del nostre poder científic i tecnològic. La ciència no pot substituir la política. En decidir sobre polítiques, hem de tenir en compte molts interessos i valors; i, com que no hi ha manera científica de determinar quins interessos i valors són més importants, no hi ha manera científica de decidir què hem de fer”³.

Ens hem referit abans a la culpabilització, una actitud que no és aliena a les interpretacions tradicionals sobre les causes de les epidèmies i, en general, dels cataclismes socials, sobretot en les cultures d'arrel judeocristiana. La veritat és que la idea de culpa i la de responsabilitat comparteixen la interpretació causal, que fem els humans, de les associacions temporals entre els esdeveniments successius. Mentre que responsabilitat evoca capacitat de control —en certa manera un sentiment de llibertat—, la culpa més aviat provoca vergonya.

En aprofundir una mica més, ens trobem amb una altra de les característiques d'aquesta pandèmia o, millor dit, de les reaccions que ha suscitat: blasmar la discrepància i estigmatitzar els dissidents. I no és que calgui respectar totes les opinions, com s'acostuma a proclamar amb més hipocresia que convicció, perquè no totes les opinions tenen el mateix valor —algunes d'elles més aviat cap. Una altra cosa és el respecte que pot merèixer qui opina. Enca-

ra que, en general, siguin de qui siguin les opinions, valen menys —sempre— que els arguments raonats i fonamentats⁴.

Crida l'atenció que no s'hagin promogut fòrums de debat i deliberació pública per contrastar adequadament arguments discrepants, no només pel que fa a la magnitud de la tragèdia, sinó sobretot pel que fa a l'impacte de les mesures de protecció, sinó des de les instàncies governamentals, almenys des dels àmbits acadèmics o professionals⁵. És clar que, en ocasions, les opinions contra corrent eren meres fantasies, rumors o falsedats, les quals potser, per això mateix, han assolit molta difusió. I encara que, en el fragor d'una crisi, la crítica pot confondre més que aclarir⁴, la seva mancança pot perpetuar les distorsions i provocar pitjors mals que la pròpia infecció⁵.

És el debat argumental precisament el que ha estat prou segrestat, mentre que les bajanades d'uns i altres eren difoses, i fins i tot amplificades, impúdicament. Tal vegada perquè els estirabots rarament posen en qüestió l'ordenament actual, més aviat al contrari, poden servir de coartada per aparentar que les dissensions no pateixen censura. Una interpretació que, tal vegada sigui massa *conspiranoica*; però el gregarisme de seguir el corrent és una actitud molt habitual i a ningú no li cal cap coartada per adherir-se a la idea hegemònica⁶.

Aquestes particularitats fan pensar en la conveniència de promoure una adhesió responsable, més que la cega obediència. És obvi que en molts casos les normes legals d'obligat compliment són una garantia per a la ciutadania; però en situacions com aquesta presenten, almenys, dues limitacions: una de pràctica, perquè no hi ha prou recursos policials per aconseguir que tothom, i sempre, les respecti —la qual cosa pot tenir en aquest cas prou transcendència epidemiològica— i l'altra, més ètica o moral, perquè no hi ha dubte que reflecteix la desconfiança de l'autoritat en la població, en considerar que si no se l'ame-naça de forma versemblant, l'acompliment de les recomanacions preventives no el seguirà la majoria de la gent. Són actituds, unes i altres, una mica inquietants de cara a la convivència futura.

En aquest sentit potser tinguin interès algunes consideracions quant a les aplicacions de l'ètica a la salut pública, començant per l'utilitarisme. La doctrina moral que ha estat objecte d'algunes crítiques a propòsit de la limitació dels ingressos a les unitats de cures intensives de les persones més grans en no haver-hi més llits —algú havia de passar forçosament al darrere— i, en general, les persones de més edat —sobretot si a més patien d'altres malures— tenien menys probabilitats de sobreviure, és a dir, de beneficiar-se eventualment de l'atenció⁶. Altrament, ja han gaudit de bona part del temps de la seva vida, un argument típicament utilitarista que, naturalment, no és consol per a

qui pot morir —o per als seus familiars—, ni que sigui una única persona.

L'utilitarisme, però, segueix constituint un marc ètic molt apropiat per a la salut pública, que basa la seva valoració moral en les conseqüències que les decisions i les intervencions tenen sobre la salut de la majoria de la població. La seva justificació és aconseguir la màxima felicitat o benestar per al màxim de gent possible, el que no deixa de ser una aproximació pragmàtica lògica i globalment benèfica, com promulgava Stuart Mill⁷ i, anys més tard, el seu fillol Bertrand Russell⁸.

Però l'utilitarisme té les seves insuficiències i limitacions, particularment en relació amb la justícia com destacava John Rawls^h. Perquè, entre altres coses, no hi ha unanimitat a l'hora de considerar què és el que produeix major felicitat: benestar o salut. Fins i tot hi ha qui pensa que per ser feliç cal ser idiota o fer-se passar per tal. I, per descomptat, les minories sempre es poden veure perjudicades per l'aplicació de l'utilitarisme, no només en sanitat.

Pel que sabem fins ara, la incidència de la covid-19 o, més precisament, la incidència de casos greus s'ha distribuït heterogeniament, no només respecte a l'edat i al gènere sinó també a la classe social. Els analistes temen que les conseqüències negatives indirectes, les que tenen a veure amb l'educació, l'ocupació i la capacitat adquisitiva entre d'altres, afectin més els grups més desprotegits de la societat, de manera que les desigualtats socials i sanitàries s'incrementin en el futur immediat^{9,10}.

La deontologia de les professions sanitàries dona prou importància a no fer mal als pacients —o, millor dit, el mínim possible— i sempre cal justificar-la amb l'expectativa raonable d'un benefici suficient. En l'àmbit de la salut pública no disposem de l'equivalent a un codi deontològic, tot i que algunes institucions han assumit algunes normes de comportament, com la Public Health Leadership Society, que recull 12 “manaments”, el primer dels quals recalca la importància de prevenir les conseqüències adverses per a la salut de les intervencions sanitàries, mentre que el sisè és un mandat a les institucions perquè proporcionin a les comunitats la informació que els permeti prendre les seves pròpies decisions i perquè, a l'hora de posar-les en pràctica, n'obtinguin el seu consentiment¹¹.

Alguns autors destacats, entre els quals Ross Upshurⁱ, recomanen observar cinc requisits que qualsevol intervenció de salut pública hauria de respectar per tal de garantir el respecte a la llibertat individual i la justícia. El primer és l'eficàcia del programa o la intervenció que es pretén desenvolupar^j. S'ha de disposar de suficient informació sobre les conseqüències benèfiques de la intervenció que es pretén o, al menys, d'una raonable convicció dels seus efectes positius esperats. El segon és el de la proporcionalitat. No convé matar mosques a canonades perquè els efectes col·laterals poden ser pitjors que els mals

que ens poden infligir. I el tercer és la necessitat. Perquè, de vegades, situacions que per a alguns són problemes per a d'altres realment no ho són —i aquests altres acostumen a ser els que se suposa que els pateixen—, una cosa que no és rara en els programes de cooperació internacional. Al quart l'anomena “el del menor destorb”, és a dir, la interferència mínima necessària sobre la vida quotidiana de les persones i les seves activitats normals, una opció que ni les autoritats estatals ni les de les comunitats autònomes van considerar a l'hora d'establir l'estat d'alarma. I l'últim requisit és el deure de justificar la intervenció: explicar raonablement i comprensible els motius de cadascuna de les decisions sobre les mesures preventives instaurades¹².

Aquest és un plantejament essencialment coincident amb la formulació dels sis criteris instrumentals per valorar les implicacions ètiques de les intervencions d'una altra destacada salubrista i professora d'ètica, Nancy Kass^k. El primer d'aquests sis criteris és que la protecció de la salut sigui el propòsit genuí i principal de l'activitat, fins i tot quan això implica renunciar a decisions populistes que poden tenir conseqüències electoralistes. Fins a quin punt les mesures adoptades obeeixen un o altre propòsit? Fins a quin punt és ètic exagerar les recomanacions per fomentar una por que estimuli el seu compliment? També insisteix en què les intervencions han de ser justes i no incrementar les desigualtats, que habitualment les pateixen els més pobres, que són els que menys alternatives tenen per evitar les molèsties, els perjudicis o, fins i tot, els danys que poden comportar les mesures preventives; una conseqüència negativa que està passant en aquest cas¹³ i no només perquè siguin els que han estat més perjudicats per l'epidèmia. Finalment, perjudicis i beneficis han de ser prudentment equilibrats, com han proposat sempre els mestres de l'ètica des d'Aristòtil, per a qui la prudència era el valor o la virtut essencial, la justificació més sàvia d'una decisió ponderada. La resta de propostes és compatible amb les esmentades per Upshur. Una altra referència és la del Nuffield Council of Bioethics, adoptat pel National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a la Gran Bretanya, que valora èticament les decisions per protegir la salut de la població i que té en compte les tensions derivades de l'aplicació del principi de precaució¹⁴. El paternalisme de les administracions públiques en el context de l'estat de benestar requereix una nova perspectiva, com la suggerida per Karen Jochelson¹⁵, actuant més com a “hostessa” que com a “mainadera”, que reflecteix millor el paper d'auxiliar perquè la ciutadania prengui les seves pròpies decisions. D'aquí la denominació *stewardship* del model¹⁶, que pretén facilitar i convèncer més que obligar i que, a més de ressaltar la importància de protegir d'eventuals danys a tercers —obligació superior al dret de l'autonomia personal segons Mill—, accentua la rellevància de la proporcionalitat, la transparència i la solidaritat. Una solidaritat ac-

tiva perquè el model insisteix en la conveniència de considerar si convé alguna deliberació pública per adoptar les decisions corresponents.

Aquest darrer requisit, formalitzat sota la denominació “d’obertura a diverses perspectives”, destaca en un document de l’Organització Mundial de la Salut (OMS)¹⁷ que conté situacions epidèmiques i inclou més de 80 recomanacions ètiques, agrupades en 14 apartats fonamentats en set criteris morals principals: justícia (equitat, transparència i inclusivitat comunitària), beneficència, utilitat (saldo net benèfic i eficiència) i respecte a les persones (llibertat, reciprocitat i solidaritat). Aquest document mereix una anàlisi singular, que excedeix el propòsit d’aquestes consideracions.

La guia de l’OMS insisteix en la necessitat ètica que les persones obligades a respectar les mesures restrictives puguin dubtar de la seva pertinència —només faltaria— i, per tant, reclama que hi hagi mecanismes d’apel·lació perquè el “tercer poder” o d’altres instàncies puguin arbitrar els eventuals dilemes i, en el seu cas, decidir si es tracta d’abusos d’autoritat que —com sembla— no és difícil que s’esdevinguin en situacions com aquestes.

En qualsevol cas, tampoc són sempre moralment elogiabils les decisions que afecten el conjunt de la població si es justifiquen exclusivament en la valoració dels experts. L’Institut Internacional de Justícia Penal i Drets Humans de Siracusa, responsable dels anomenats “principis de Siracusa” adoptats per les Nacions Unides el 1984, estableix les condicions necessàries per a restringir, en el seu cas, els drets humans per a prevenir la propagació d’infeccions¹⁸.

El Comitè de Bioètica de Catalunya també s’ha manifestat al respecte¹⁹, fins i tot pel que fa a l’adopció del denominat passaport covid-19, una iniciativa amb l’objectiu d’alleujar els efectes negatius de les restriccions —principalment sobre el turisme— però que podria crear un perillós precedent per a la limitació de la llibertat de circulació, sense que els seus beneficis sanitaris estiguin clarament justificats²⁰. Hi ha qui ho ha justificat com un estímul perquè es vacuïn aquelles persones que no ho estaven, sense tenir en compte però que al nostre país no hi ha —o no hi havia— una reticència elevada davant la vacunació, de manera que moltes de les persones no vacunades no ho han fet per ignorància, impaciència o incomoditat. I, en qualsevol cas, seria més aviat un incentiu a l’obediència que no pas a la responsabilitat.

Finalment, convé fer-se ressò de les valoracions d’alguns pensadors als quals ha cridat molt l’atenció la facilitat amb què la població ha transigit en prescindir dels seus drets, alguns dels quals han costat molt d’aconseguir. Unes limitacions que, en canvi, no s’han ni plantejat davant problemes que potser siguin més transcendents per a la viabilitat de l’espècie, com ara el canvi climàtic, que no sembla que es consideri com a tant peremptòria, és clar¹. Tot i

això, hi ha qui pensa que el precedent que s’ha establert amb la covid-19 de restringir tan intensament i perllongada drets personals i particulars fonamentals, potser servirà per afrontar més decididament una situació tal vegada molt més perillosa que la pandèmia.

De tota manera, hi ha la percepció general —, potser la de la població més benestant del planeta— que la covid-19 és el daltabaix més catastròfic patit per la humanitat, sinó de sempre, sí d’aquest segle. Això, com es diu ara, ha posat en valor la seguretat per sobre de tot, amb l’esperança de sobreviure al tràngol, encara que la subsistència pogués arrambar, potser per sempre, amb algunes de les qualitats que fan, o que han fet fins ara, que la vida valgui la pena.

NOTES

- És versemblant pensar que els comportaments i els costums benèfics per mantenir la cohesió social imprescindible en els grups humans i —encara més— a les ciutats, mereixessin una valoració positiva i que amb el temps esdevingueren ètiques (*ethos* és, en grec, costum) o morals (*mor mores* és, en llatí, costum) (Segura A, Puyol A. *Salud Pública y covid-19. Cuadernos de ética*, 58. Barcelona: Fundación Grífols; 2021:7).
- Una explicació de l’existència de la menopausa en les femelles dels homínids fora la possible contribució de mares i àvies no fèrtils a la supervivència dels nets (Williams GC. Pleiotropy, natural selection, and the evolution of senescence. *Evolution*. 1957;11:398–411), tot i que hi ha encara certa controvèrsia al respecte (Peccei JS. A critique of the grandmother hypotheses: Old and new. *Am J Human Biol*. 2001;13:434–52. Hawkes K. Human longevity: The grandmother effect. *Nature*. 2004;428:128–9).
- Això sense menystenir que, com ens recordava irònicament Huxley al seu “Retorn al món feliç” l’any 1954, la medicina ha avençat tant que ningú pot considerar-se totalment sa.
- Com ja va comentar Miguel Hernan en el Congrés d’Epidemiologia celebrat a Lleó el propassat 2020, només una petita proporció dels professionals que es dediquen a l’epidemiologia tenen experiència en prevenció i control d’epidèmies. Sense oblidar que, a Espanya almenys, l’epidemiologia no és ni tan sols una especialitat oficial. Només alguns llocs de treball de les administracions sanitàries tenen aquesta denominació.
- “La veritat és la veritat, la digui Agamèmnon o el seu porquer”, aforisme de Juan de Mairena que, com recordava Daniel Fernández, cal completar amb la resposta conforme d’Agamèmnon, mentre que el porquer no queda convençut.
- Al nostre país, en general, les institucions acadèmiques i professionals s’han arreglerat al voltant del que semblava la interpretació canònica i ortodoxa, mirant de neutralitzar el que s’interpretava com errors, falsedats, ignorància, o fins i tot malícia, encara que fossin dubtes o discrepàncies. Pel que sembla també ha passat a l’Argentina (Aranda D. ¿La pandemia del pensamiento único?: Reflexiones más acá del cientificismo. Lavaca, 7 de maig de 2020. Consultable a: <https://lavaca.org/notas/la-pandemia-del-pensamiento-unico-reflexiones-sobre-el-discurso-cientifico/>).
- Precisament, en relació amb aquesta característica, també es pot destacar l’actitud d’algunes persones davant d’altres que no respectaven les recomanacions preventives, encara que no els suposés cap risc, que els va portar a vilipendiar el seu comportament de manera que se sentissin culpables i fins a la delació davant els agents de l’autoritat, alguns dels quals, per cert, també semblava com si gaudissin sancionant conductes indegudes, tot i que algunes d’elles —malgrat ser circumstancialment il·legals— de vegades tenien una clara disculpa: sigui perquè s’havien modificat d’un dia per l’altre o perquè no eren

fàcilment comprensibles, com ara els confinaments comarcals en àrees metropolitanes.

- h. John Rawls (1921-2002). Autor d'una teoria de la justícia basada en dos principis. El primer és que les institucions polítiques han de garantir que tots els ciutadans tinguin els mateixos drets i llibertats bàsiques. Això significa que el dret a una aplicació de la llei igual per a tothom, el dret a la vida i a la integritat física, la llibertat de pensament, de consciència, de participació política, d'associació, etc., són drets i llibertats innegociables de l'individu que no són secundaris respecte d'altres fins, com ara augmentar el benestar social o satisfer les majories; és a dir, fer contenta la majoria. La defensa, a fons, de les llibertats i els drets fonamentals de l'individu, fan de Rawls un pensador eminentment liberal, enemic dels autoritarismes i dels abusos de les "raons d'Estat". Però, segons el segon principi i com sigui que els ciutadans són lliures i iguals, només són justes les desigualtats quan tothom ha gaudit de les mateixes oportunitats.
- i. Ross Upshur (1958) és metge i professor de salut pública a la Universitat de Toronto. Molt interessat per la filosofia moral, és coautor amb R. P. Thompson de *Philosophy of medicine: An introduction* (Londres: Routledge; 2017). I amb A. Pinto d'una *Introduction to global health ethics* (Londres: Routledge; 2012). Va tenir un paper destacat en l'anàlisi de l'epidèmia de síndrome respiratòria aguda greu (SARS) a Ontario l'any 2003 (Upshur REG. Evidence and ethics in public health: the experience of SARS in Canada. NSW Public Health Bull. 2012;23(6):108-10. <http://dx.doi.org/10.1071/NB11044>).
- j. En condicions d'incertesa, aquest requisit no és d'aplicació absoluta o exhaustiva perquè, si esperar a tenir menys dubtes comporta la possibilitat que la situació esdevingui irreversible, la passivitat, ni que sigui molt vigilant, podria ser fatal.
- k. Nancy Kass és professora de Bioètica i Salut Pública a Johns Hopkins, on també és Directora Adjunta de Salut Pública a l'Institut de Bioètica de Berman i Professora de Política i Gestió de la Salut a l'Escola de Salut Pública Bloomberg de la Universitat Johns Hopkins (Kass N. Ebola, ethics, and public health: What's next? Ann Inter Med. 2014;161:744-5).
- l. Josep Ramoneda des de *El País* ha publicat unes quantes reflexions al respecte, la darrera el proppassat 17 d'abril de 2022, titulada: La estadística en la era biopolítica. Consultable a: <https://elpais.com/espana/catalunya/2021-04-17/la-estadistica-en-la-era-biopolitica.html>.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Locke J. An essay concerning the true original extent and end of civil government. Boston: Re-printed and sold by Edes and Gill, in Queen-Street, 1773. Consultable a: <https://quod.lib.umich.edu/cgi/t/text/text-idx?c=evans;idno=N10104.0001.001>. Accés el 18 de juny de 2022.
2. Farrés O. *Salus populi suprema lex*. Revista de Bioètica y Derecho. 2020;50:5-17.
3. Harari Y. Lecciones de un año de COVID. La Vanguardia, 14 de març de 2021. Consultable a: <https://www.lavanguardia.com/internacional/20210314/6290059/yuval-harari-lecciones-ano-covid.html>. Accés el 8 d juliol de 2022.
4. Segura A. Incertidumbre y prudencia. Diario Médico. 31 de març de 2020. Consultable a: <https://www.diariomedico.com/medicina/medicina-preventiva/opinion/incertidumbre-y-prudencia.html>. Accés el 18 de juny de 2022.
5. Gérvas J. Coronavirus (Covid-19). El fin del mundo no ha llegado (todavía). Acta Sanitaria. 4 d'abril de 2020. Consultable a: <https://www.actasanitaria.com/coronavirus-covid-19-el-fin-del-mundo-no-ha-llegado-todavia/>. Accés el 18 de juny de 2022.
6. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. N Engl J Med. 2020 May 21;382(21):2049-55.
7. Mill JS. Utilitarianism. London: Parker, Son & Bourn, West Strand; 1863. Hi ha una traducció en castellà: Mill JS. El utilitarismo. Un sistema de la lógica (Libro VI, capítulo XII). 3a ed. Madrid: Alianza Editorial; 2014.
8. Carvajal A. Pasión y razón: una síntesis en la ética de Bertrand Russell. Rev Filosofía Univ Costa Rica. 2008;119:9-20.
9. Desigualtats socioeconòmiques en el nombre de casos i la mortalitat per COVID-19 a Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020. Consultable a: http://aquas.gencat.cat/web/.content/website/aquas/publicacions/2020/desigualtats_socioeconomicas_covid19_aquas2020.pdf. Accés el 18 de juny de 2022.
10. Diez Roux A. Por qué el coronavirus va a cebarse con los más pobres. El País. 20 de març de 2020. Consultable a: <https://elpais.com/ciencia/2020-03-26/por-que-el-coronavirus-va-a-cebarse-con-los-mas-pobres.html>. Accés el 18 de juny de 2022.
11. Public Health Leadership Society. Principles of the Ethical Practice of Public Health. Version 2.2. Public Health Leadership Society; 2002. Consultable a: https://www.apha.org/-/media/files/pdf/membergroups/ethics/ethics_brochure.ashx.
12. Upshur RE. Principles for the justification of public health intervention. Can J Public Health. 2002;93:101-3.
13. Rodríguez M, Urbanos R. Lucha contra la pobreza y la desigualdad en la era de la COVID-19. Blog Economía y Salud AES. Consultable a: <http://www.aes.es/blog/2020/06/05/lucha-contra-la-pobreza-y-la-desigualdad-en-la-era-de-la-covid-19/>. Accés el 18 de juny de 2022.
14. Stirling A. Risk, precaution and science: towards a more constructive policy debate. Talking point on the precautionary principle. EMBO Reports. 2007;8:309-15.
15. Jochelson K. Nanny or Steward? The role of government in public Health. Public Health. 2007;120:1149-55.
16. Stuart Chapin F III, Kofinas GP, Folke C, eds. Principles of ecosystem stewardship: Resilience-based natural resource management in a changing world. New York: Springer; 2009.
17. World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Gèneve: WHO; 2016. Consultable a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>. Accés el 18 de juny de 2022.
18. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 1984. Consultable a: <http://www.derechos.org/nizkor/except/siracusa84.html>. Accés el 18 de juny de 2022.
19. Comitè de bioètica de Catalunya. Presa de decisions en temps de pandèmia: reflexions des de la bioètica; 2020. Consultable a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documentos_tematica/presa-decisiones-pandemia-versio-cat.pdf. Accés el 18 de juny de 2022.
20. Comitè de bioètica de Catalunya. Sobre passaport que certifica l'estat immunitari de la persona; 2021. Consultable a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documentos_tematica/passaport-immunitari.pdf. Accés el 18 de juny de 2022.