

GESTIÓN BIOÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA EN ESCENARIOS DE ALTA COMPLEJIDAD

Alberto Edgardo BARBIERI

Universidad de Buenos Aires
(Argentina)

Isabel BLANCO

Universidad de Buenos Aires
(Argentina)

RESUMEN:

La gestión de la salud pública trasciende los límites del individuo. Contempla los significados sociales de la salud y el equilibrio en el uso de los recursos.

La bioética indaga la comprensión humana de la vida. En sus inicios, privilegió la salud individual, en relación con la autonomía personal. Hacia la década del 90 del siglo pasado, las teorías bioéticas se reorientaron hacia la salud colectiva.

En estas páginas desarrollamos la gestión de la salud pública en contextos complejos, los conflictos entre los principios éticos y los de gestión y la influencia de la información pública, la comunicación y la cultura en el escenario social de las crisis, con especial énfasis en las provocadas por las epidemias.

Palabras claves: bioética – gestión pública - salud – entornos complejos – epidemias

INTRODUCCIÓN

En las decisiones aplicadas al ámbito de la salud y de la vida, la bioética constituye una disciplina normativa indispensable para iluminar las acciones públicas vinculadas al cuidado de la población.

La bioética fue concebida por Van Rensselaer Potter en los años 70, como ciencia de la supervivencia construida sobre la ciencia de la biología. El término “bio-ética” pretende ampliar las fronteras tradicionales de la biología para incluir los elementos esenciales de las ciencias sociales y las humanidades (Wilches Flórez, 2011).

En 1974, en Estados Unidos, a partir del Informe Belmont, que regulaba las investigaciones en salud, la denominada “corriente principalista” identificó tres principios rectores de la medicina y las ciencias de la conducta: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

En 1979, los bioeticistas Tom Beauchamp y James F. Childress extendieron los postulados principalistas a la ética asistencial, definiendo cuatro principios básicos:

- Autonomía: capacidad de las personas para deliberar y actuar sin presiones sobre sus fines personales.
- No maleficencia. No producir daño y prevenirlo.

- Beneficencia. Promover el bienestar, cuidar y curar a las personas afectadas.
- Justicia: Igualdad en la distribución de cargas y beneficios.

El modelo resultó pertinente en el terreno de la bioética clínica, pero insuficiente para enfrentar dilemas de salud pública. Las necesidades colectivas demandan políticas de protección, cuya legitimidad deriva de un poder *sui generis*, en el que la justicia sanitaria prevalece sobre la autonomía individual (Schramm y Kottow, 2001).

El anclaje de la bioética en los derechos humanos se plasmó en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, que consagra el respeto hacia la dignidad, los derechos, la vida y las libertades fundamentales (UNESCO, 2005). La Declaración introduce una mirada holística de la bioética, con una perspectiva integral de la vida humana, animal, biótica y no biótica (Mendieta Izquierdo y Cuevas Silva, 2017).

Desde entonces, la dignidad humana como fundamento y el diálogo multidisciplinario como praxis, han integrado la corriente predominante de la bioética, sobre todo en Latinoamérica y Europa. El acceso equitativo a la salud, está consagrado en los marcos normativos de casi todas las naciones, junto con el rol del Estado como asegurador de la accesibilidad y calidad de los servicios.

Las crisis sanitarias, generan tensiones en la gestión pública. Toda iniciativa en tal contexto desafía el equilibrio entre el intervencionismo estatal y los derechos de la ciudadanía.

Las catástrofes producidas por la naturaleza o por acción del hombre, enfrentan a la sociedad con serias carencias de recursos. Superan la capacidad de respuesta de los sistemas sociosanitarios, y amenazan a la población. Producen daños importantes y sufrimiento humano. A este concepto aludimos al definir tal escenario como de “alta complejidad”.

Existen otros eventos causantes de múltiples víctimas o incidentes masivos, que producen un relevante número de afectados, pero no amenazan al resto de los habitantes, y pueden ser controlados por los sistemas locales, con recursos ordinarios o extraordinarios (Parra Cotanda y Lualles Cubells, 2011). No analizamos tales situaciones en este trabajo.

En el mundo de la salud, la acción cotidiana se centra en la asistencia y cuidado de personas concretas, por tanto, su perspectiva ética resulta limitada en casos de emergencias sanitarias que integran el cuidado centrado en el paciente con el centrado en la sociedad, y contemplan tanto la igualdad entre individuos como la equidad en la distribución de riesgos. (de Montalvo Jääskeläinen, y Bellver Capella, 2020).

El mundo registra grandes emergencias globales, algunas de las cuales continúan siendo un desafío para la salud pública de los países. Todas ellas han emitido una señal de alerta (en muchos casos olvidada) para identificarlas, contenerlas, o mitigar sus efectos.

Los desastres que provienen de la naturaleza (hidrometeorológicos, geofísicos, o biológicos), así como los producidos por el hombre (guerras, atentados terroristas, derrames tóxicos, radiación, contaminación ambiental, etc.), producen daños masivos en las poblaciones, y exigencias extremas a los sistemas de salud. Todos ellos convergen en crisis sociosanitarias, y golpean de manera desigual a los seres humanos, dependiendo de su entorno socioeconómico, cultural, educativo, y político.

Las sociedades que conservan la memoria de sus infortunios, suelen generar estrategias de defensa más efectivas que las que las dejan en el olvido. Y aquéllas que sostienen en el tiempo una comunicación clara y confiable, tienden a recibir el apoyo de una ciudadanía informada, preparada para cooperar.

En este estudio, daremos prioridad al análisis de las pandemias y epidemias, fenómenos que a lo largo de la historia han marcado a la población con sus daños y sus efectos.

Los objetivos del presente trabajo son:

- 1) Identificar distintas emergencias ocurridas en escenarios de alta complejidad, capaces de generar enfrentamientos entre los principios bioéticos y los de gestión.
- 2) Estudiar los atributos de una gestión bioética de la salud pública, apta para conducirse en contextos de alta complejidad, con una visión holística, comprensiva de todos los significados de la vida.
- 3) Determinar los elementos esenciales que conducen a la superación de las crisis sociosanitarias.

La estrategia metodológica es cualitativa. Se analizó material bibliográfico obtenido de publicaciones académicas y revistas especializadas en Salud y Bioética. Se apeló asimismo a notas periodísticas sobre la temática abordada, con contenidos de opinión, entrevistas a especialistas y funcionarios, noticias, y registros históricos de los eventos. Se utilizó la técnica de análisis documental, tanto de los textos académicos como de los periodísticos. El procesamiento de los datos se realizó mediante comparación constante hasta alcanzar el nivel de saturación teórica de la categoría de información recolectada.

REPERCUSIÓN DE LAS CRISIS

Las emergencias sanitarias desplazan la gestión hacia la asignación y distribución de los recursos disponibles, la estimación de los que pueden escasear y el estándar de cuidados a seguir.

Temas como: reproducción asistida, diagnóstico prenatal, eutanasia, aborto, trasplantes de órganos, conflictos originados en los avances tecnológicos y biotecnológicos aplicados al ser humano, entre otros, que forman parte de los contenidos propios de la bioética, pasan a segundo plano cuando se viven episodios masivos de simultánea necesidad de asistencia.

En casos de grandes penurias, los problemas prioritarios se trasladan desde la esfera de la autonomía, a la de la justicia y no-maleficencia. En Latinoamérica, los principios de solidaridad y justicia desempeñan el papel central que tiene la autonomía en la bioética norteamericana. Y aunque las políticas sanitarias de la región incluyen el acceso universal a la salud, y procuran acentuar la justicia y la equidad distributivas en la asignación de recursos, aún se está lejos de lograr estos fines. Bioética, salud y economía constituyen descriptores fácticos de un sistema en crisis estructural, alimentado por la patología social de la pobreza. (Herrera Lamas, García Alarcón y Herrera, Aguilar, 2016).

Muy pocos fenómenos a lo largo de la historia de la humanidad han marcado a la sociedad como lo han hecho las enfermedades infecciosas. Una de las más grandes catástrofes naturales, ha sido el brote de las pandemias. En una larga sucesión histórica, su eclosión ha diezmando sociedades y borrado poblaciones enteras, produciendo resultados similares a las guerras. También, paradójicamente, ha despejado el camino para innovaciones y avances en medicina, salud pública, economía y política (Leal Becker, 2020). Para citar un ejemplo, la red sanitaria y de agua potable debe su aparición a la epidemia de cólera de Londres de 1854¹.

La capacidad de respuesta ante las emergencias, lleva de la mano a las políticas de recuperación tras los desastres naturales. Se introduce así, el concepto de resiliencia frente al evento, diferenciando resiliencia estática y dinámica.

La resiliencia estática alude a la capacidad inmediata de responder al impacto de la catástrofe: salvar vidas, rescatar personas, proporcionar agua, abrigo y alimento y asistir rápidamente a las víctimas. Las epidemias demandan respuestas de esta naturaleza, similares a las necesarias ante un tsunami. La resiliencia dinámica, por su parte, hace referencia al regreso a la normalidad, y a medidas de reconstrucción y de aceleración de la recuperación (Massa, 2020).

En un desastre natural como un tsunami, se imponen medidas tan necesarias como en una epidemia. En ambos supuestos, la recuperación sigue una similar guía metodológica para analizar la superación de la crisis y resolver los dilemas bioéticos que se presentan.

PRINCIPALES PANDEMIAS Y EPIDEMIAS (SIGLOS XX y XXI)

Una pandemia viral sucede cuando un nuevo virus se disemina fácilmente a nivel global. La ausencia de memoria inmunológica en la población y la falta de una vacuna adecuada, provoca graves perjuicios durante mucho tiempo, y obliga a las comunidades a depender de sus propias reservas (González-Fisher, Rissman y González-Fisher, 2020).

Las epidemias han dejado una huella indeleble en la historia de la humanidad. Cuatro emergencias globales han sido calificadas como pandemias por la OMS con anterioridad al virus Covid 19 (BBC, 2020-a). Tres de ellas surgieron en el siglo XX, producidos por virus de influenza:

- La influenza de 1918. Provocada por el virus H1N1, causó la muerte de entre 20 y 50 millones de personas. Se estima que el 60% de la población mundial padeció esta gripe. El contagio fue masivo. El hacinamiento lo favoreció, pero las condiciones socioeconómicas influyeron en el resultado final, sobre todo en personas mal nutridas, con un historial de infecciones anteriores. En esta ocasión, la guerra fue el vehículo perfecto para extender la enfermedad por todo el mundo (Quirós y Barco, 2020).

En los países industrializados, el impacto económico duró poco. El “boom” económico de los prósperos años veinte volvió a dar trabajo a mucha gente. En

¹ La epidemia de cólera de Londres, de 1854, fue el origen del diseño de las ciudades modernas. Hasta entonces no existían sistemas de cloacas ni de purificación de agua. Al comprobarse que el cólera era provocado por el agua contaminada, nació la epidemiología y se creó la red sanitaria de agua tal como hoy la conocemos (Kemelmajer. 2020).

otros lugares del mundo, como la India y el África subsahariana, los efectos fueron graves y duraderos. El déficit de trabajo impactó en la siembra y las cosechas, el precio de los alimentos se disparó, hubo hambrunas generalizadas, migraciones hacia centros urbanos, disturbios sociales, huelgas y rebelión contra los poderes coloniales (Hoehtker, 2020).

- La gripe "asiática" (1957-58) y la gripe de "Hong Kong" (1968) fueron dos pandemias consideradas "leves" por la OMS: la gripe "asiática", se debió al virus de la influenza A H2N2, y la "gripe de Hong Kong", al virus A H3N2. Cada una de esas ellas ocasionó entre 1 y 4 millones de muertes en el mundo. El primer tipo se originó en Singapur en 1957. Tras 10 años de evolución desapareció, pero dio lugar al segundo subtipo, la gripe de Hong Kong, altamente contagiosa, originada en China en julio de 1968. En pocos meses, soldados que volvían de Vietnam, la llevaron a la zona del Canal de Panamá y a Estados Unidos.

La cuarta emergencia calificada por la OMS como pandemia en el siglo XX fue el VIH/sida (1980). El virus de la inmunodeficiencia humana que provoca la enfermedad en las etapas más avanzadas de la infección, se identificó a principios de los años 80 en Estados Unidos. Sigue siendo uno de los desafíos de salud pública del mundo. Su origen no está claro. No obstante, se halló un virus similar en chimpancés y gorilas en África Central, pero se desconoce cómo cruzó la barrera de las especies (BBC,2020-a).

Todos los aspectos de esta enfermedad exhiben una dimensión bioética: respeto al enfermo, confidencialidad, limitación de recursos, necesidad de medidas sanitarias en escuelas, lugares de trabajo, prisiones y otros, campañas educativas, campañas de detección, consentimiento informado, etc. En el escenario de esta pandemia, el comité de asuntos éticos y jurídicos de la Asociación Médica Americana dispuso: "...frente a una epidemia, el médico debe continuar con su trabajo sin preocuparse del riesgo para su propia salud", y "en caso de agravarse, es deber del médico afrontar el peligro y continuar su propio trabajo para aliviar los sufrimientos de los pacientes, aunque ponga en riesgo su vida". (Deliz Vaillant *et al*, 2010). La contracara de esta disposición aparece durante la pandemia por Covid 19, en la Carta de la OMS sobre la seguridad y protección de los trabajadores sanitarios. En ella se pide a los países que se comprometan a defender y amparar a estos trabajadores, a desarrollar programas nacionales de salud y seguridad ocupacional para ellos, y que los preserven de la violencia en el lugar de trabajo (Kenny, 2020).

En el siglo XXI, la OMS calificó como pandemia el brote de gripe A H1N1 en 2009. Al menos una de cada cinco personas en el mundo resultó infectada durante 2009-2010, si bien la tasa de mortalidad fue solo del 0,02%. Por primera vez se desarrolló una vacuna, que se produjo y se puso a disposición de múltiples países durante el primer año de la pandemia (BBC, 2020-a). Los expertos en salud pública, habían anticipado años antes, que en el siglo XXI se producirían rebrotes, debido a la globalización y al aumento en los viajes internacionales.

En 2003, un brote del síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) infectó a más de 8,000 personas en cinco meses. Surgió por un nuevo coronavirus humano en áreas rurales de China. Se diseminó velozmente a 30 países. Falleció el 10% de las personas infectadas. El SARS mostró la rapidez con que un agente infeccioso puede viajar a través del mundo. El resurgimiento del virus H1N1 en 2009, la aparición del Coronavirus del Síndrome Respiratorio

del Oriente Medio (MERSCoV, por sus siglas en inglés) en 2012, y las enfermedades severas en humanos causadas por la nueva influenza aviar acentuaron la necesidad de prepararse para estas emergencias (González-Fisher, Rissman y González-Fisher, 2020).

Tras la pandemia de la gripe de 2009, sobrevino el rebrote del ébola (2014-2016)² en África Occidental. Desde los organismos internacionales se dieron las voces de alarma. Bill Gates, había anunciado en 2015, que serían los virus y no la guerra, los que traerían el caos al mundo. Expertos de la OMS y el Banco Mundial, reunidos en octubre de 2019, anunciaron la escasa preparación a nivel global para prevenir futuras pandemias (Villalobos Hidalgo, 2020).

MARCO ÉTICO PARA LA SUPERACIÓN DE EMERGENCIAS

Los efectos del SARS despertaron la necesidad de definir con anticipación un marco ético para la toma de decisiones ante cualquier desastre predecible. Durante la crisis de 2003, no se explicitaron con precisión las acciones de salud pública. Ello provocó problemas sociales, como la pérdida de confianza de la población, desmotivación del personal sanitario, confusión en los roles y responsabilidades, estigmatización de sectores vulnerables, y difusión de información falsa o incorrecta ((González-Fisher, Rissman y González-Fisher, 2020).

Las emergencias provienen de desastres diversos: terremotos, epidemias, inundaciones, guerras, invasiones, atentados. Todos ellos demandan, desde la bioética, la urgencia de priorizar principios.

La prevalencia del bien común sobre el individual es compleja para el personal sanitario, que suele procurar el beneficio particular de cada paciente. El clínico decide con *beneficencia*, respetando la *autonomía* del enfermo, en tanto que los gestores deben tomar decisiones amparadas por la *justicia distributiva*.

En emergencias extremas, la demanda extraordinaria de recursos impone la consideración de nuevos deberes (Giordano *et al.*, 2021):

- Deber moral de tratar, que obliga a dedicarse a los enfermos desatendiendo necesidades personales, hecho dramáticamente real en situaciones de desastres.

- Autocuidado. Obligación personal y hacia los otros trabajadores de la salud, a fin de preservar un recurso calificado y escaso.

- Protección del personal sanitario. En las emergencias, es el grupo que asume mayores riesgos.

- Planificación sanitaria. Es prioritaria ante la limitación de recursos. Su omisión conduce a la gestión inapropiada, al desperdicio de medios y de tiempo, a la pérdida de vidas, a la desconfianza en el sistema sanitario y a decisiones

² El virus se detectó por vez primera en 1976 en dos brotes simultáneos ocurridos en Nzara (hoy Sudán del Sur) y Yambuku (República Democrática del Congo). El segundo se produjo cerca del río Ébola, y dio nombre al virus. El brote de 2014-2016 fue el más extenso desde que se descubrió el virus. Comenzó en Guinea y se propagó a través de las fronteras terrestres a Sierra Leona y Liberia (OMS, 2021).

erróneas de *triaje*. La planificación proactiva es el primer eslabón de la cadena para reducir los efectos indeseables de un desastre.

- Deber de respuesta de las instituciones de salud con protocolos de rápida atención.

Coincidiendo con estas expresiones, otro experto, J.C. Beca (2010) adiciona otros valores:

- Deber de respuesta de instituciones académicas. Existe una responsabilidad social de generar soluciones propias del espíritu docente y de investigación, junto con experiencias que se proyecten en el tiempo.

- Compasión objetiva. Virtud propia del profesional de la salud que lleva a una respuesta empática y generosa, pero además imparcial y equitativa.

- Consideración hacia el agotamiento de los profesionales y todos los sujetos involucrados. Todos necesitan enfrentar la urgencia y requieren gran demanda de atención y medidas preventivas para reducir riesgos.

Lo expuesto, plantea la exigencia de mantener en el tiempo la conducta de apoyo a los afectados, asumir las deficiencias de infraestructura y organización social que se han puesto en evidencia, generar planes a mediano y largo plazo. Este manejo de las catástrofes tiene 4 fases: planificación, respuesta, recuperación y, por último, análisis y aplicación de lecciones aprendidas.

Parra Cotanda y Luaces Cubells (2010), especialistas en emergencias, del Hospital Universitario de Sant Joan de Déu (Barcelona), resumen las fases del siguiente modo:

- Planificación: a cargo de un grupo multidisciplinario, ya que el éxito de la respuesta depende en gran medida del trabajo en equipo. Todos los centros sanitarios y comunitarios, deben disponer de un plan estructurado para diferentes tipos de catástrofes, que debe contener:

. Listado de desastres, por tipo

. Plan básico de contingencia por tipo, con los siguientes puntos clave: organización del equipo de mando, organización del *triaje* de las víctimas, reclutamiento de recursos humanos de salud, seguridad, comunicación, voluntariado, etc., organización de espacios de atención de víctimas en hospitales, escuelas, hoteles, clubes y entidades públicas, material para identificación, reanimación, medicación, comunicación, plan de evacuación.

El personal de cada institución debe conocer y practicar el plan de contingencia, para que la respuesta ante una catástrofe sea eficaz.

- Respuesta: búsqueda y rescate iniciales de víctimas, evaluación de daños, evacuación y refugio de las personas,

- Recuperación: retorno a la autosuficiencia de la comunidad afectada, reconstrucción de infraestructuras.

- Análisis de lecciones aprendidas: extracción de enseñanzas para prevenir la recurrencia de la catástrofe o mitigar sus efectos en el futuro. Modificación de códigos y prácticas en edificios, rediseño de instalaciones y servicios, revisión de prácticas de evacuación, alerta e información, educación a los miembros de la comunidad.

En torno a este último punto, reflexiona Maristella Svampa: “... Las crisis, no hay que olvidarlo, también generan procesos de «liberación cognitiva»...lo cual hace posible la transformación de la conciencia de los potenciales afectados;

esto es, hace posible superar el fatalismo o la inacción y torna viable y posible, aquello que hasta hace poco era inimaginable” (Svampa, 2020, pp. 27-28).

En similar sentido, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos para la Agenda 2030 de Naciones Unidas se verán afectados y se impone un replanteo dados los efectos que tendrá en la salud comunitaria y la profundización de las desigualdades provocadas por la desaceleración económica. Pero el impacto negativo puede también ser una oportunidad para reforzar la idea de cómo construir de aquí en adelante el mundo que deseamos. (González Achával, 2020).

La pandemia puso en evidencia la importancia de la cooperación internacional. Será preciso que se unan sociedades enteras, para lograr una acción política coordinada a fin de superar la crisis.

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

Aunque toda crisis sociosanitaria presenta problemas bioéticos, un conflicto particularmente grave surge al priorizar la asignación de recursos.

Los expertos en Bioética, De Montalvo Jääskeläinen y Bellver Capella (2020), reiteran los términos del Comité de Bioética de España que en su informe de 25 de marzo de 2020 expresa que el utilitarismo no debe triunfar a la hora de priorizar. No cabe postergar ni privilegiar atendiendo a la edad o la discapacidad, como no cabría hacerlo atendiendo a la raza, la religión o el sexo. Los criterios de priorización son privativos de la autoridad pública, puesto que tienen que ver con el ejercicio y limitaciones del derecho a la asistencia sanitaria. Ninguna entidad científica tiene esta prerrogativa, aunque debe participar en su determinación. Agregan los especialistas, que los profesionales de la salud, merecen un tratamiento preferencial de acceso a los recursos sanitarios cuando los requieran, ya que ellos exponen diariamente sus vidas, luchando contra la crisis. En el recorrido de los criterios aplicables, los autores abordan los protocolos de *triaje*. ¿Qué ocurre con la asignación de respiradores, un instrumento escaso en sucesos de necesidades masivas? ¿Criterios como los años de vida salvados o los años de vida con calidad deberían ceder ante el número de vidas salvadas?

Cualquier acto de denegación de asistencia en función de capacidades o discapacidades preexistentes, carece de legitimidad. Las decisiones deben comprender al universo de personas afectadas, sabiendo que estas decisiones tienen como resultado la vida o la muerte (Bagentos, 2020). Es importante generar protocolos de actuación a fin de reducir en el personal sanitario, la tensión derivada de las decisiones de elección en el acceso a los cuidados (Coronado-Vazquez, 2020).

En un contexto de tragedia global, el cuidado como base de la sostenibilidad de la vida cobra una significación mayor. Conlleva una revalorización del trabajo del personal sanitario, con las restricciones y déficits de cada país y un redireccionamiento de las inversiones del Estado hacia las tareas de asistencia (Svampa, 2020).

La pandemia COVID-19 ha impactado en el cumplimiento de la Agenda 2030 y ha obligado a los países a priorizar los ODS cuyo impacto social es más crítico. En la mayoría de los casos, los gobiernos han trabajado en mantener un

equilibrio entre la salud de sus habitantes y el sistema económico, a través de apoyos estatales a los grupos más vulnerables, el fortalecimiento del sector sanitario, e incentivos económicos. (CEPAL,2020)

LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LOS ESTADOS

Cuando el COVID 19 fue identificado en China, no se visualizó su magnitud. La propagación fue mucho más veloz que la de sus predecesores SARS y MERS. Los tres tienen mucho en común, pero las experiencias anteriores no se aplicaron. La cuarentena como instrumento para "aplanar" la curva de propagación acarreó efectos colaterales sociales y económicos. ¿Había otra opción? Sí, pero requería información precisa sobre los infectados. Realizando pruebas masivas, los gobiernos podrían haber aislado sólo a los positivos, manteniendo activo al resto (Labaka, 2020).

El método TTT³ apoyado en tecnología digital, adoptado ante el Covid 19 por Corea del Sur, logró aplanar la curva tempranamente. Este conjunto de estrategias había mostrado su eficacia en el pasado, durante las epidemias MERS y ÉBOLA. La articulación de los tres componentes fue la clave del combate contra el virus en Corea del Sur. En Latinoamérica se observan esfuerzos focalizados en diagnóstico. Pero deben ser complementados con la identificación posterior que sólo en Costa Rica y Paraguay tuvo carácter masivo al inicio de la pandemia. Otros países la implementaron con restricciones, y sólo Costa Rica la mantuvo en forma amplia y continuada en el tiempo (Moller, 2020).

Singapur se destacó por hacer un seguimiento de contactos a través del Laboratorio Nacional de Salud Pública, que se había montado a raíz de la epidemia de SARS. En marzo de 2020 estaban todo listo para hacer pruebas de rastreo rápido con los kits de COVID-19. La policía, las cámaras de vídeo vigilancia y los registros de los cajeros automáticos se activaron para prevenir la propagación del virus (Beiras, 2020).

Según afirma Elizabeth King, investigadora de salud global de la Universidad de Michigan, países con una infraestructura sanitaria débil, tuvieron éxito empleando una ágil reacción a la pandemia. Vietnam es el ejemplo más citado. Su capacidad para rastrear y aislar casos de Covid compite con el enfoque eficaz pero caro, de los tests masivos de Corea del Sur. Los países de África occidental que habían sufrido el virus Ébola, pudieron aprovechar sus redes comunitarias para rastrear y vigilar el avance de la nueva amenaza (Uchoa, 2021).

En la India, el estado de Kerala implementó una estrategia líder apenas conocido el brote. Se formaron equipos de respuesta rápida integrados por todos los conjuntos sociales. Se activaron controles en aeropuertos y estaciones de tren para detectar la entrada del virus. Se establecieron hospedajes para guardar cuarentena, pruebas, rastreo de contactos, vigilancia comunitaria, distanciamiento social, estaciones públicas de lavado de manos y un estricto confinamiento auxiliado con provisión de alimento y hospedaje para los más

³ *Testing* (Pruebas) – *Tracking* (Seguimiento de casos positivos) - *Tracing* (Identificación de contactos).

necesitados y para los migrantes (Espinoza y Fornell, 2020). El “modelo Kerala”⁴ propició la velocidad de respuesta.

CONDUCTA CIUDADANA, CULTURA y COMUNICACIÓN

La conducta ciudadana tiene un rol protagónico en los esfuerzos de salud pública. Siendo necesario incrementar la percepción de riesgos, disminuir la ansiedad, reducir el sesgo de invulnerabilidad, generar confianza en el gobierno y en la ciencia, se requiere fortalecer las capacidades de las personas para protegerse y adaptarse a la coyuntura (Cabanillas-Rojas, 2020). El reto más grande para los gobiernos es brindar información útil y clara, que despierte conciencia y hábitos de protección (Huett, 2020).

Comunicar de manera transparente es una potente herramienta para implementar políticas de combate contra las crisis. Por un lado, es útil para que la sociedad civil, la comunidad científica y los expertos en políticas públicas evalúen las medidas tomadas y formulen recomendaciones basadas en evidencia. Por otra parte, es un instrumento poderoso para que los gobiernos puedan explicar de manera fundamentada las decisiones que toman (Balbantín y Vila, 2020).

En 2018, el estado de Kerala fue golpeado por el virus Nipah, altamente contagioso causante de problemas respiratorios y encefalitis mortal. Según K. Shalija, ministra de salud del estado, esa epidemia enseñó que la manera de enfrentar una epidemia sin cura ni vacuna era tomarla en serio y hacer los preparativos necesarios. El altísimo nivel de alfabetización (95%) fue el vehículo para que la población comprendiera cabalmente las medidas de prevención (BBC, 2020-b).

Los medios de comunicación, son esenciales en las crisis para reducir los riesgos y evitar el pánico. Para hacer frente a un brote epidémico contemporáneo, los gobiernos necesitan espacios y contenidos con información precisa, segmentada por público, con mensajes sinceros, sencillos y fieles a los hechos. El control y la prevención, también se gestionan con eficacia desde el entorno digital para informar, orientar y controlar la enfermedad, como se demostró en África con el Ébola, y en Brasil con el Zika, (Urbina-Medina *et al*, 2016).

Para ciertos grupos de personas que pueden registrar efectos nocivos en su salud mental y física, es preciso el uso de las tecnologías de la información para mantener la vinculación con familiares y cuidadores.

A partir de la aplicación de las primeras medidas sanitarias, sumadas al temor al contagio por Covid 19, se evidenció la importancia de las tecnologías digitales para contrarrestar el aislamiento, difundir técnicas profilácticas y facilitar el funcionamiento de la telemedicina, el teletrabajo y los sistemas educativos. Pero también se mostró la brecha digital que afecta a segmentos vulnerables de la sociedad, como los hogares de bajos ingresos, los ancianos, y los habitantes de zonas rurales (Agudelo, 2020)

⁴ Modelo que privilegia el desarrollo humano sobre el económico, fundado en políticas públicas de educación, salud, alimentación subsidiada, etc. Kerala registra la tasa de alfabetización más alta del país, la mayor esperanza de vida y la menor tasa de mortalidad infantil. Un circuito polémico, con una educación pública que favorece la emigración, y financia parte del éxito social con remesas de millones de keralitas que trabajan en el exterior (Pipitone, 2010).

En cuanto a los valores culturales, su cambio es lento por naturaleza, pero los fenómenos traumáticos de la epidemia, pueden acelerarlo tanto como una guerra. Algunas sociedades reivindicarán los comportamientos de respeto a las normas de cuidado. Otras, cuestionarán las conductas de interacción social que les fueron impuestas. Pero vivimos en un mundo interconectado, ningún país puede actuar en soledad. Michelle Bachelet y Flippo Grandi, altos comisionados de la ONU para los Derechos Humanos y los Refugiados, nos recuerdan que la humanidad necesita volver a los orígenes, rescatar los valores de solidaridad y trabajar en conjunto. (Morales, 2020).

Es difícil concebir un peligro social potencialmente más instructivo por su carácter igualitario que la amenaza del Covid19. Mostró necesidades significativas en un orden que complementa el interés personal con los intereses colectivos, y una gran oportunidad para la reflexión (Aramayo, 2020).

CONCLUSIÓN

La gestión de la salud en tiempos de crisis presenta múltiples dilemas en la distribución y utilización de los recursos. Se plantean no solo conflictos vinculados a la atención de las personas afectadas, sino también concernientes al trabajo de los profesionales sanitarios y a su necesidad de protección física, mental y social. La bioética proporciona un marco de reflexión para adoptar las mejores decisiones para el bienestar colectivo y la dignidad humana.

La amenaza de colapso de los sistemas sanitarios, demanda una gestión organizativa capaz de priorizar lo urgente y planificar la conducción de los distintos actores: el Estado habrá de proveer los medios requeridos por los efectores; las instituciones tendrán a su cargo la protección para el personal de asistencia y para los afectados; los responsables de la salud pública, deberán producir directivas claras y unificadas para evitar el pánico y el estrés. El manejo equitativo del escenario, supone una oferta de mayor protección a quienes presentan mayor riesgo, racionalización de recursos frente a prioridades que no son habituales y fortaleza ante nuevos e inesperados dilemas éticos.

Toda crisis tiene un camino de ida y otro de vuelta. Independientemente de las acciones inherentes a la evolución de la emergencia, es indispensable, al final del sendero, un impulso en la actitud de los gobiernos hacia la ciencia y un direccionamiento de inversiones hacia la investigación que hace falta para un mundo sostenible: programas para enfrentar el cambio climático, desastres naturales, epidemias y para construir un mundo más equitativo y justo.

En el curso de la pandemia Covid 19, en algunos países, las cuarentenas obligatorias de gran escala lograron disminuir la letalidad, reducir la propagación del virus y dar inicio al desconfinamiento. Incidieron en gran medida los sistemas de seguridad social que posibilitaron mitigar los efectos de la epidemia. Pero en regiones de frágil protección social se evidenció la merma de ingresos, la carencia de alimentos, vivienda, servicios básicos de agua y saneamiento, y de espacios aptos para impedir el hacinamiento y aislar a las personas infectadas.

Por otra parte, las infraestructuras e insumos de excelencia, son inútiles sin el auxilio de personal capacitado y un entorno de seguridad que asegure las condiciones necesarias para su desempeño.

En lo que podemos denominar “camino de vuelta” de las emergencias, los países tienen el deber de instalar de manera duradera en el tiempo, estrategias de optimización de la dotación de recursos humanos especializados y de condiciones seguras para cumplir con su misión.

Las distintas situaciones complejas analizadas en estas páginas, han mostrado dilemas en la utilización de los medios disponibles para brindar asistencia. Todos los ejemplos relatados dejaron una señal de advertencia respecto de la relevancia de la información temprana y precisa. También legaron una motivación para profundizar la investigación ante los interrogantes no resueltos, que continúan siendo un desafío para la ciencia, a pesar del tiempo transcurrido. Si bien las políticas de recuperación tanto estática como dinámica lograron resiliencia en las sociedades, el final de las crisis, también puso punto final a las acciones anti-crisis. El impacto económico se neutralizó en las zonas desarrolladas, y perduró en regiones marginadas, con graves disturbios, desabastecimiento y migraciones.

Los anuncios del caos que sobrevendría a causa de los virus, superando al provocado por las guerras, se difundieron en la primera década de este siglo, junto con el reconocimiento de la débil preparación a nivel global para afrontar las epidemias futuras.

La información precisa y la comunicación, constante y directa, probaron ser medios aptos para el contacto con la ciudadanía, y la legitimación de las decisiones. Pero su práctica no fue uniforme, y no siempre se contó con canales efectivos para la interacción con la población.

Las tecnologías digitales contribuyeron a mitigar el aislamiento, difundir medidas de salubridad, promover el teletrabajo, la telemedicina, y la educación virtual. Pero quedó a la vista la brecha digital que dejó fuera del sistema a segmentos vulnerables de la sociedad. Las políticas de informatización deben contemplar las necesidades apremiantes de los escenarios locales, para proveer formación y recursos tecnológicos básicos a individuos que, al día de hoy, se encuentran totalmente marginados de auxilio social

Es imperiosa la universalización del acceso a la infraestructura digital, y las inversiones conducentes a ella. Es relevante el desarrollo integral de ecosistemas que abarquen soluciones en los ámbitos de la salud, la educación, el trabajo, la producción y el comercio, planteando políticas públicas para capitalizar la contingencia de las crisis y anticiparse al futuro.

Sobrevendrán muchos desastres y epidemias. Es necesario reconstruir las sociedades dotándolas de resiliencia, inclusión y justicia. En este proceso la cooperación internacional será clave.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo, M. *et al* (2020). Las oportunidades de la digitalización en América Latina frente al Covid-19. *Corporación Andina de Fomento y Naciones Unidas*. Recuperado de:
<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45360/4>
- Aramayo, R. (2020). Reflexiones desde la filosofía: lo que COVID-19 puede enseñarnos. *The Conversation*. Recuperado de:

<https://theconversation.com/reflexiones-desde-la-filosofia-lo-que-covid-19-puede-ensenarnos134023>

- Bagenstos, S. (2020). Who Gets the Ventilator? Disability Discrimination in COVID-19 Medical-Rationing Protocols. *The Yale Law Journal*. Vol. 130. Recuperado de: <https://www.yalelawjournal.org/forum/who-gets-the-ventilator>
- Balbantín, R. y Vila, J. (2020). Metodología para la evaluación de la calidad de apertura de datos oficiales publicados por los gobiernos de América Latina respecto al COVID-19, en *Ciudadanía Inteligente*, mayo 2020, Santiago de Chile. Recuperado de: <https://ciudadaniai.org/assets/attachments/metodologia-informe-covid19-mayo.pdf>
- BBC News (2020-a). Coronavirus: las pandemias que pusieron al mundo en alerta en la historia reciente (y cómo se afrontaron). *Sección MUNDO*, 12 de marzo 2020. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51843449>
- BBC News (2020-b). Coronavirus: el gran éxito de la estrategia contra covid-19 de Kerala, el estado de India gobernado por comunistas. *Sección MUNDO*. 27 de mayo 2020, Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52799544>
- Beca, J.P. (2010). Problemas éticos en situaciones de catástrofes. *Centro de Bioética de la Universidad del Desarrollo*. Santiago de Chile, marzo de 2010. Recuperado de: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/parral.pdf>
- Beiras, B. (2020). El manual de Singapur frente al coronavirus: los curados superan a los contagios en menos de un mes. *Euronews. Mundo*. 19 de marzo de 2020. Recuperado de: <https://es.euronews.com/2020/03/18/el-manual-de-singapur-frente-al-coronavirus-los-curados-superan-a-los-contagios-en-menos-d>
- Cabanillas-Rojas (2020). Conducta y propagación del Covid 19 en el Perú: Marco de referencia para el diseño de intervenciones conductuales de salud pública. *Universidad Católica Sedes Sapientiae Facultad de Ciencias de la Salud, Psicología*, Lima, Perú. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/profile/William-Cabanillas-Rojas/publication/342573546>
- CEPAL (2020). Medidas nacionales ante la COVID-19 y su efecto en los ODS. Recuperado de: <https://agenda2030lac.org/es/medidas-nacionales-ante-la-covid-19-y-su-efecto-en-los-ods>
- Coronado-Vázquez, V. et al. (2020). Dimensiones éticas de la prevención y planificación en los centros sociosanitarios durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Española de Salud Pública* N° 94, 7 de septiembre de 2020. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202009105.pdf
- Cruz-Coke, Ricardo (2005). Declaración universal de bioética y derechos humanos de UNESCO. *Revista médica de Chile*, Vol 133, N° 9, pp. 1120-1122, Santiago de Chile, septiembre 2005. ISSN 0034-9887. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1771/177116708019.pdf>

- Darras, Christian (2004). Bioética y Salud Pública: al cruce de los caminos, *Acta Bioethica*, Vol 10, Nº 2, pp.227-233, Santiago de Chile, January 2004. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/250374023_BIOETICA_Y_SALUD_PUBLICA_AL_CRUCE_DE_LOS_CAMINOS
- de Montalvo Jääskeläinen, F. y Bellver Capella, V. (2020). Una crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la COVID 19: una reflexión sobre la priorización de pacientes en tiempos de pandemia. *Revista Derecho y Salud*. Vol. 30 – Extraordinario, pp. 58 – 73. Valencia, España. Asociación Juristas de la Salud
- Deliz Vaillant, M., Deliz Vaillant, G., Torres Borrero, A., Martínez Velázquez, M. (2010). Problemas bioéticos del VIH SIDA. *Revista de Información Científica*, vol. 68, núm. 4, Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Cuba, octubre-diciembre, 2010. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757301028.pdf>
- Espinoza, O. y Fornell, L. (2020). Cómo Kerala, estado indio gobernado por comunistas, se las arregló para aplanar la curva del coronavirus. *Equal Times – Development*. Recuperado de:
<https://www.equaltimes.org/como-kerala-estado-indio-gobernado?lang=en#.YEFM2GhKjIW>
- Giordano, Á., Canale, A., Pontet, J., Reyes, N., Cacciatori, A., Correa, H., y Núñez, L.,(2021). Recomendaciones de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva sobre los aspectos bioéticos en la pandemia Covid-19. *Revista Médica del Uruguay*, Vol. 37, Nº 1, 1º de marzo de 2021.
- González Achával, P., Aguirre, F., Armando, S. y Rigalt M. (2020). El impacto del Covid 19 sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible. *FUNDEPS*. Recuperado de: <https://www.fundeps.org/wp-content/uploads/2021/01/Documento-El-impacto-del-COVID-19-en-ODS.pdf>
- González-Fisher, R; Rissman, S. y González-Fisher, X. (2020). Asuntos bioéticos relacionados con la planeación y respuesta ante la pandemia de COVID-19. *Anales Médicos de la Asociación Médica ABC*, Vol. 65, Nº 4, pp, 288-300, México, 21/07/2020. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2020/bc204g.pdf>
- Herrera Lamas, J., García Alarcón, R., Herrera Aguilar, K. (2016). La encrucijada bioética del sistema de salud colombiano: entre el libre mercado y la regulación estatal. *Revista de Bioética y Derecho* Nº 36, pp. 67 – 84. Barcelona, España. Universitat de Barcelona.
- Hoehtker, D. (2020). La gripe española y la COVID-19 ¿algo que aprender para el mundo del trabajo? *Organización Internacional del Trabajo – Noticias*. 27 de mayo de 2020. Recuperado de:
https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_746037/lang-es/index.htm
- Huett, S. (2020). El comportamiento en tiempos de pandemias. *Milenio*, Mexico DF. 14/04/2020. Recuperado de:
<https://www.milenio.com/opinion/sophia-huett/seguridad-ciudadana/el-comportamiento-en-tiempos-de-pandemias>
- Kemelmajer, C. (2020). ¿Qué legado dejaron las epidemias a lo largo de la historia? *CONICET, Divulgación científica*. 27 de abril de 2020.

- Recuperado de: <https://www.conicet.gov.ar/que-legado-dejaron-otras-epidemias-a-lo-largo-de-la-historia/>
- Kenny, P. (2020). OMS destaca la importancia de proteger a los trabajadores de la salud. *AA Anadolu Agency*. 17/09/2020. Recuperado de: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/oms-destaca-la-importancia-de-proteger-a-los-trabajadores-de-la-salud/1977235>
- Labaka, L. (2020). La crisis sanitaria: resultado de la interpretación errónea y falta de información. *Revista Vida Universitaria*. Universidad de Navarra, 06/05/20. Recuperado de: <https://www.unav.edu/web/vida-universitaria/detalle-opinion2?articleId=25966406>
- Leal Becker, R. (2020). Breve historia de las pandemias. *Rev. Psiquiatría.com*. Vol. 24, Murcia, España. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Breve%20historia%20de%20las%20pandemias.pdf>
- Massa, J. (2020). El coronavirus es una catástrofe natural, no una guerra. *El País – Sección Economía*, 25 de marzo de 2020. Recuperado de: https://cincodias.elpais.com/cincodias/2020/03/24/opinion/1585068265_358106.html
- Mendieta Izquierdo, G.y Cuevas Silva, J. (2017). Bioética de la Salud Pública, *Revista Latinoamericana de Bioética*. Bogotá, México, Universidad Militar Nueva Granada. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n2/1657-4702-rlb-17-02-00001.pdf>
- Moller, S. (2020). Intervenciones sociosanitarias y uso de las tecnologías de la industria 4.0 para enfrentar la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe”, *serie Políticas Sociales*, N° 234, pp. 1 – 66, LC/TS.2020/87, Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Morales, O. (2020). Valores culturales: Cambios globales a raíz de la crisis causada por el coronavirus. *Conexión ESAN*, Lima, Perú, Escuela Superior de Administración de Negocios, 31 de marzo 2020. Recuperado de: <https://www.esan.edu.pe/conexion/bloggers/intercultural-management/2020/03>
- OMS (2021). Enfermedad por el virus del Ebola. *Organización Mundial de la Salud*, 23 de febrero de 2021. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>
- Parra Cotanda, C. y Lualles Cubells, C. (2011). Situaciones de catástrofes: ¿qué debemos saber y hacer? *Revista Anales de Pediatría*. Vol. 74, N° 7, pp. 270.e1 - 270.e6. Barcelona, Elsevier España
- Penchaszadeh, Víctor (2018). Bioética y Salud Pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*. N° 7 pp. 1 – 15. Madrid, España. Universidad de Comillas.
- Pipitone, U. (2010). Kerala, desarrollo y descentralización. *Documento de Trabajo del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE)*, N° 64, pp. 1 – 39. México DF.
- Quirós, P. y Barco, C. (2020). Gripe española: 40 millones de muertos y un virus que volverá. *RTVE Noticias*. 24 de marzo de 2020. Recuperado de: <https://www.rtve.es/television/20200324/gripe-espanola-virus-1918-40-millones-muertos-enfermedad-volvera-sintomas/1318201.shtml>

- Rotondo de Casinelli, M. (2017). Introducción a la bioética. *Revista Uruguaya de Cardiología*, Vol.32, N° 3, pp. 240-248, Montevideo, Uruguay, diciembre 2017. ISSN 0797
- Sánchez, Mário, Cunha, Thiago Rocha da,; Siqueira, Sergio Surugi de, y Siqueira, José Eduardo de. (2020). Perspectivas bioéticas sobre la toma de decisiones en tiempos de pandemia. *Revista Bioética*, Vol 28, N° 3, pp. 410-417. Brasília July/Sept. 2020. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283401>
- Schramm, F, y Kottow, M. (2001). Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 17, N° 4, pp. 949-956. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400029>
- Subcomisión de Ética Clínica (2020). Bioética en tiempos de pandemia. *Arch Argent Pediatr (Archivos Argentinos de Pediatría)*, Vol 118, N° 6, pp 183 – 186. Buenos Aires, Sociedad Argentina de Pediatría.
- Svampa, M. (2020). Reflexiones para un mundo post coronavirus. En P. Amadeo (Ed.), *La fiebre: Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*, pp. 17 – 38. Ciudad de La Plata, Argentina. Ediciones ASPO.
- Uchoa, P. (2021). Coronavirus: por qué algunos países están luchando contra la pandemia con más éxito que otros. BBC World Service. 21 de enero 2021. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55706506>
- UNESCO (2005). Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
- Urbina-Medina, H., Noguera Brizuela, D., Levy Mizhary, J., Carrizo, J. y Betancourt, A. (2016). Comunicación efectiva y ética en casos de epidemias y pandemias. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, Vol 79, N°4, pp. 113-117. Caracas, Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, diciembre 2016.
- Villalobos Hidalgo, J. (2020). El sistema sanitario frente a la crisis del coronavirus. *Universitat Oberta de Catalunya*, 3 de abril de 2020. Recuperado de: <https://cienciasdelasalud.blogs.uoc.edu/gestion-sistema-sanitario-crisis-coronavirus-covid19/>
- Wilches Flórez, A. (2011). La Propuesta Bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después. *Rev. Opción*, Año 27, N° 66, pp. 70 – 84. Bogotá, Colombia.