

Dos conflictos en la salud pública en pandemia

Miguel Kottow

Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Santiago, Chile.

Resumen

La pandemia del covid-19 ha respondido de forma inédita a la asignación de recursos escasos e insuficientes en emergencia (*triage*) y a las dificultades de establecer medidas de contención que fluctuaban entre ser sugerentes, persuasivas y coercitivas. Criterios clásicos de *triage* fueron reemplazados por un utilitarismo extremo basado en criterios médicos objetivamente evaluados para privilegiar personas gravemente enfermas con pronóstico recuperable al aplicar medidas extremas de soporte y tratamiento. Las medidas obligatorias de contención y el llamado a la vacunación no lograron respaldo científico convincente; aplicadas en forma irregular y plagada de incertidumbres e inseguridades, afectaron a los más desaventajados y causaron protestas públicas y descatos. El *triage* basado en criterios médicos utilitaristas provocó desazones y serias tensiones mentales en los decisores médicos y miembros de comités ad hoc. Estas experiencias sugieren renovar el discurso bioético individualista y elitista en busca de privilegiar el bien común por sobre intereses individuales.

Palabras clave: Pandemia. Triage. Vigilancia Sanitaria.

Resumo

Dois conflitos na saúde pública na pandemia

A pandemia de covid-19 respondeu de forma inédita à atribuição de recursos escassos e insuficientes em situações de emergência (triagem) e às dificuldades para estabelecer medidas de confinamento que oscilavam entre medidas sugestivas, persuasivas e coercitivas. Os tradicionais critérios de triagem foram substituídos por extremo utilitarismo que se baseava em critérios médicos avaliados objetivamente para privilegiar pessoas gravemente doentes com prognóstico recuperável, aplicando medidas extremas de suporte e tratamento. As medidas de confinamento obrigatórias e o chamado à vacinação não tiveram respaldo científico convincente e foram irregularmente aplicadas e assoladas por incertezas e inseguranças, afetando os mais desfavorecidos e provocando manifestações públicas e desrespeito da população. A triagem baseada no utilitarismo causou temores e conflitos entre os tomadores de decisão médica e membros de comitês *ad hoc*. Isso mostra a necessidade de renovar o discurso bioético individualista e elitista em prol de privilegiar o bem comum sobre os interesses individuais.

Palavras-chave: Pandemias. Triagem. Vigilância Sanitária.

Abstract

Two public health conflicts during the pandemic

The COVID-19 pandemic saw unprecedented responses to the allocation of scarce and insufficient triage resources and to the difficulties in establishing containment measures, which oscillated between suggestive, persuasive and coercive. Classical triage criteria were replaced by extreme utilitarianism based on objectively evaluated medical criteria to privilege the critically ill with a recoverable prognosis by applying extreme support and treatment measures. Mandatory containment measures and the call for vaccination failed to achieve convincing scientific support; applied irregularly and plagued by uncertainties and insecurities, they affected disadvantaged groups and caused public outcry and disrespect. Triage based on utilitarian medical criteria caused distress and serious mental strains in medical decision-makers and members of ad hoc committees. These experiences suggest renewing the individualistic and elitist bioethical discourse to privilege the common good over individual interests.

Keywords: Pandemics. Triage. Health Surveillance.

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés.

La humanidad se encuentra crónicamente herida desde que la globalización neoliberal se instaló como la única alternativa político-económica después del marchitamiento de los regímenes socialistas, devenidos en sistemas de gobierno autoritarios con severas transgresiones a las libertades personales y sociales, y demacrados por una decadencia económica que ha debido empañar su pureza doctrinaria y abrirse al capitalismo transnacional del todo insensible a la inequidad, a los costos medioambientales de su expansiva actividad, y sordo al lenguaje de la ética.

Cogida en la vorágine de un hiperactivismo que nutre un círculo recursivo y autopoietico de producción-consumo-producción, lo que el sociólogo Hartmut Rosa¹ denomina la sobrevivencia de la modernidad mediante una “estabilización dinámica”, la humanidad está dividida entre una gran mayoría que viven una pobreza multifactorial con necesidades básicas insatisfechas y una delgada minoría aislada en su mundo de privilegios y lujuria.

Esta situación contemporánea es escenario del surgimiento del voraz virus SARS-CoV-2 causante de la pandemia del covid-19 alarmando a la salud pública por emprender estrategias de prevención y contención. Nada de esto había quedado desapercibido por la bioética, aun cuando ha tenido escasa presencia en estos eventos, se propone mantener sus lineamientos discursivos en la postpandemia sin pausar y reflexionar sobre políticas sanitarias, que se han implementado en discordancia con el pensamiento bioético o que han causado desazón y rechazo público, manifestadas con creciente fuerza en el cuestionamiento de la eficacia de una respuesta sanitaria frente a nuevas pandemias virales.

Dentro del tema de la asignación de recursos en situaciones normales y de emergencia, ha tomado protagonismo el subtema del *triage* o asignación de recursos escasos e insuficientes en situaciones de decisiones, que Foucault² llamó de “hacer vivir dejando morir”. Este lenguaje biopolítico refleja cómo la bioética ha sido ignorada en la formación de criterios de *triage* en emergencia.

El segundo aspecto aquí analizado se refiere al conflicto entre normativas sanitarias y autonomía individual, que en todo momento ha generado desazón social en progresivo aumento hasta desatar la paradójica situación de manifestaciones públicas contra medidas de prevención y contención que se mantienen a pesar de que la pandemia amaina, y por ende se reclaman como limitaciones poco justificadas.

La trayectoria del triage

La idea del *triage* médico surge durante la hecatombe humana de las guerras napoleónicas cuando los escasos recursos de la medicina militar dejaban sin tratamiento a quienes podían sanar sin intervención y a los gravemente heridos que morirían aun si recibiesen ayuda médica, para así concentrar los esfuerzos en tratar a los soldados que solo serían rescatados con el tratamiento disponible. Ese *triage* basado en criterios médicos se transformó en un modo administrativo de ordenar la atención médica de urgencia, dando prioridad a los más gravemente enfermos y postergando los cuidados para los menos afectados, pero eventualmente todos recibirían la atención que requiriesen.

Si el *triage* original es incluyente/excluyente, su forma administrativa es incluyente diferida. Así lo confirma el código de colores que suele ser exhibido en las antesalas de los servicios de urgencia: cinco categorías desde pacientes requerientes de resucitación y atención inmediata (código rojo) hasta que no requiere atención de urgencia (azul) y será resuelto después de haber atendido las categorías de emergencia (naranja), urgencia (amarillo), urgencia menor (verde). Todos serán atendidos por orden de gravedad.

En situaciones catastróficas —telúricas, accidentes masivos— las personas sufren simultáneamente múltiples lesiones y urge una demanda de atención traumatológica que sobrepasa las disponibilidades terapéuticas materiales y personales. La intención de priorizar por orden de gravedad queda limitada por dificultades de determinar en cada caso el nivel de pronóstico esperable y compararlo con el de los demás. En espera de refuerzos sanitarios, se recurre a un *triage* médico probabilístico e incierto para complementarlo con un *triage* diferido en espera de recursos renovados.

Triage en pandemia

Más de dos siglos de trayectoria y una vasta literatura reflexiva sobre el tema³ quedaron silenciados por autoridades sanitarias y equipos médicos de urgencia, que solicitaron lineamientos éticos para enfrentar la pandemia del covid-19^{4,5}. Unesco optó por una pronta declaración exhortando a la salud pública a brindar servicios más allá de sus posibilidades reales: *lo masivo de este fenómeno*

mundial, por un periodo sostenido (aunque extraordinario), clama a los sistemas sanitarios de cada región por brindar a su población respuestas de atención seguras, efectivas y basadas en evidencia pese a reconocer que en estos casos, y dadas las características de la pandemia por covid-19, el principal criterio para la asignación es la transparencia⁶.

En tenor similar, se convocaba a la salud pública a operar con criterios objetivos, transparentes y públicos⁷. No obstante, el caos de la urgencia, las incertidumbres y desorientaciones no permiten desplegar objetividad, seguridad y evidencia; el llamado a la transparencia puede ser criterio de comunicación, mas no de asignación.

En los inicios de la pandemia, aún no se preveía la agresividad, diseminación y duración del covid-19, las vacunas estaban en estado de febril investigación, y los epidemiólogos evaluaban una inmunidad de rebaño al atisbar las probabilidades de que el virus conviviese en forma endémica, aunque con el peligro latente de la aparición de mutantes más agresivos. Diversas voces se levantaron para recordar los esfuerzos de la bioética por elaborar criterios y principios éticos validados y ampliamente reconocidos^{8,9}. No obstante, la inesperada virulencia de SARS-CoV-2 y su errático e imprevisible comportamiento fueron sobrepasando el discurso bioético e instalaron crudas decisiones de salvataje médico, llevado a cabo con severos costos de estrés y malestar para los decisores y ejecutores de acciones con consecuencias vitales extremas.

El *triage* en pandemia presenta características propias que, por los severamente afectados y una alarmante merma de recursos, principalmente en naciones de atención médica precaria, han requerido una normativa *ad hoc*, considerando que la pandemia es un proceso prolongado con varios repuntes de alarmante exacerbación que ponen al límite o sobrepasan las disponibilidades de camas de unidades de cuidados intensivos (UCI), ventiladores mecánicos, recursos profesionales y material de protección para los profesionales en la “primera línea”. Aparecen protocolos hospitalarios estrictamente utilitaristas que dan prioridad de recursos escasos a quienes requieren cuidados críticos y a aquellos pacientes con mayores probabilidades de sobrevivir al menos durante un año después del alta hospitalaria¹⁰.

Severamente afectada desde los inicios de la pandemia en Europa, Italia se abocó a la pronta elaboración de criterios de *triage*. El Comité Ético de la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia,

Resucitación y Cuidados Intensivos (Siaarti) presentó como recomendación principal asegurar “la más alta probabilidad de sobrevivida”, aplicando la escala Sequential Organ Failure Assessment (Sofa) de evaluación multiorgánica y multifuncional – respiratorio, cardiovascular, hepático, coagulación, renal y neurológico. En esta escala reciben prioridad de *triage* los puntajes bajos que indican menor disfuncionalidad y mejor pronóstico.

Las primeras versiones de Siaarti especificaban un *triage* con criterios estrictos, excluyendo a pacientes mayores de 80 años que tenían disfunciones orgánicas o sufrían de demencia “más allá de cierto grado”¹¹. Poco después, estos criterios de exclusión fueron abandonados, prefiriendo que los médicos aplicaran su juicio clínico y justificaran sus decisiones, para incluir a los pacientes que tuviesen la mayor probabilidad de supervivencia, evaluados con la escala Sofa, en lo que un miembro del comité denominó “utilitarismo suave”.

El Comité Nacional Italiano de Bioética (CNB) aceptó de igual modo este criterio estrictamente médico, advirtiendo que lo adoptaba como un “*triage* pandémico excepcional” basado en preparación (*preparedness*), pertinencia (*appropriateness*) referida a eficacia terapéutica y realidad (*actuality*)¹². La Academia Alfonsina reconoció este criterio como “el único bien posible” en la situación de urgencia pandémica¹³.

Al igual que otras naciones latinoamericanas, Argentina publicó una guía ética para el proceso de *triage* en pandemia elaborada bajo los criterios médicos de Sofa: *la asignación del recurso crítico debe sustentarse en criterios objetivos, técnicos, neutrales y verificables*¹⁴. Como único criterio no médico de asignar prioridad en situaciones extremas se ha considerado el valor social de las personas que laboran en los servicios de urgencia, por estar más expuestas al riesgo de contagio y que, de enfermar, merman aún más el escaso y muy especializado personal sanitario.

Ocasionalmente se propone el criterio de edad, en general rechazado por introducir un edadismo discriminatorio¹⁵, aun cuando algunos bioeticistas expresan que el pronóstico se evalúe en años de vida salvados, *hay muchos motivos razonables para balancear la salvación de más vidas contra salvar más años de vida; cualquier equilibrio elegido entre vidas y años-vida ha de ser aplicado en forma consistente*¹⁶, lo cual inevitablemente discrimina contra los mayores de edad.

El *triage* en pandemia basado en criterios estrictamente médicos de gravedad y pronóstico ha sido generalmente aceptado¹⁷; no obstante ser un criterio de inclusión/exclusión que inevitablemente condena a los afectados por el puntaje Sofa alto a un pronto proceso de muerte, apenas mitigado por las medidas paliativas que deben recibir. La decisión de un *triage* incluyente/excluyente genera angustias a los médicos que deben tomar estas decisiones aun cuando son apoyados y acompañados por los comités de *triage* creados *ad hoc*.

Estos comités aplican tres criterios basados en evaluación médica: exclusión de los insalvables (*shock irreversible*), asignación de prioridades mediante el Sofa, y evaluaciones constantes para remover ventiladores de pacientes en condición de “descompensación grave”^{18,19} o, según otro criterio, si el paciente está *en condición estable o, al menos, ni fútil ni empeorando significativamente. La escasez de recursos mostró la necesidad de un triage en tiempos de guerra, plagado de decisiones éticas. La duda acaso acatar el criterio de respetar el orden de llegada o “aplicar un cálculo horriblemente utilitario” para decidir quién sería tratado o dejado morir, intensificó el distress de los médicos*²⁰.

El carácter utilitarista del *triage* médico en pandemia²¹ es inquietante, y especialmente angustiante cuando asoma la decisión de retirar a un paciente del ventilador por “salvar la vida” de otro que sobrevivirá con un pronóstico favorable si es tratado sin dilación. Complejo es reconocer que los pacientes más graves son aquellos que han sufrido a lo largo de su existencia las desigualdades e insuficiencias de atención médica. El criterio de admisión por orden de llegada –*first come first served*– es otra forma de discriminación a favor de quienes tienen los más eficientes medios de transporte y comunicación, pero es inevitable dado que la pandemia es un proceso prolongado con exacerbaciones imprevisibles.

El *triage* en pandemia seguirá siendo pragmático y estrictamente médico donde exista un desfase severo entre requerimientos de urgencia y recursos disponibles, que golpea más severamente a las sociedades más desposeídas, ya que la única solución o mitigación de este drama es incrementar los espacios, el personal y los equipos médicos de urgencia, lo cual no solo requiere voluntad política, sino medios económicos y la expectativa de desperatar la solidaridad dormida en ensueños teóricos.

El trabajo de los comités de ética, tanto de investigación como de asistencia, se vio entorpecido

por las incertidumbres, la falta de precedentes y la desorientación frente a dificultades de recursos materiales y humanos²². Primeros estudios empíricos confirman la disposición a aplicar evaluaciones rigurosamente médicas en situaciones de emergencia pandémica, a pesar de que en toda otra situación priman valores relevados por la bioética y los criterios personales de los cuidadores, sobre lo cual será necesario reflexionar una vez superada la urgencia actual, pues todos los criterios valóricos tienden a discriminar contra los desfavorecidos.

Policía médica

Salud pública entre bien común y autonomía individual

Iniciador de la salud pública, Johann Peter Frank²³ (1745-1821) publicó su monumental obra *System einer vollstaendigen medicinischen Polizey* (*Un sistema completo para una policía médica*) en la cual aludía al término “policía médica” que ya había sido empleado por W. T. Rau²⁴, en un texto de 1764 en el cual proponía una policía médica encargada de la vigilancia sanitaria y la educación en salud.

Aunque Frank entendía por policía médica una estrategia de administración de la polis y no un ordenamiento policial, no podía negar que, como fiel cameralista, su meta era aumentar la producción de un pueblo sano al objeto de llenar las arcas del soberano absolutista, de modo que el cumplimiento de medidas de higiene y sanidad era en interés de las arcas imperiales, adquiriendo desde un comienzo un tono autoritario y paternalista del cual la higiene y la salud pública nunca se desistieron.

La salud pública se ha ido vaciando de contenido a medida que las democracias neoliberales entregan al individuo la responsabilidad de prevenir enfermedad y promover la salud, de acuerdo a la investigación epidemiológica que explora riesgos poblacionales que el médico asistencial combina con el perfil singular de su paciente para indicarle la forma de llevar una “vida saludable”, en un giro de lo público a lo privado conocido como la “nueva salud pública”²⁵.

La postura inversa confirma la responsabilidad pública de proveer cuidados de salud de alta calidad en forma equitativa, la necesidad de dotar al Estado de recursos suficientes mediante impuestos específicos o un sistema de seguro de salud obligatorio, una propuesta que ni los países de medicina social comprehensiva han logrado

alcanzar o sostener desde un Estado disminuido por la globalización capitalista.

El individualismo de la modernidad marca el deterioro de la protección del Estado en la garantía del acceso a necesidades básicas de bienes y servicios, y los insolutos (¿insoluble?) disensos entre mandatos de la salud pública y la resistencia de autonomías individuales, asunto que se ha agudizado durante la pandemia del covid-19. Si bien las autoridades tratan de limitar las medidas de contención, la ciudadanía protesta por cada propuesta de endurecer las limitaciones de movilidad en la incidencia de casos nuevos. Este desencuentro ha sido especialmente penoso en el conflicto entre movimientos antivacuna y la tendencia impositiva de los programas gubernamentales de prevención.

El *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (1966), que complementa la *Declaración Universal de DD.HH.*, reconoce que en “estados excepcionales” los Estados pueden suspender las obligaciones contraídas en virtud del Pacto²⁶. A raíz de la pandemia del covid-19, muchas naciones han recurrido a la institución del Estado de Excepción en su forma de Estado de Catástrofe (Ley 18.415/1985, de Chile)²⁷, que se decreta ante una calamidad pública que ponga en riesgo a la población, adoptando medidas administrativas restrictivas que limitan la libertad de locomoción o desplazamiento (toque de queda), libertad de reunión (cuarentena), alteran el derecho de propiedad, y obstaculizan actividades comerciales laborales y recreativas.

El lenguaje jurídico es inevitablemente preso de generalizaciones, imprecisiones y requerimientos de interpretación, lo que explica que las declaraciones y leyes que restringen libertades personales en situaciones excepcionales causan intranquilidad y desazón social, que se manifiestan en desacatos y movilizaciones no exentas de agresividad.

Desde fines del siglo pasado, la salud pública toma conciencia de su carencia de un código de ética que valide y legitime las políticas públicas sanitarias²⁸, motivando unas actividades académicas más ruidosas que se efectúan cuando anclan en los cuatro principios de Georgetown de corte individualista²⁹.

(Bio)ética en salud pública

*Una vez conocido que tenemos el poder de prevenir daños significativos, adquirimos la responsabilidad de hacerlo*³⁰. La legitimidad ética de una acción de

salud pública reposa en el convencimiento de que los beneficios exceden con creces los efectos secundarios indeseables tanto para el individuo como para la población. Pese a las incertidumbres de una pandemia, se invoca el así llamado principio de precaución, a pesar de que adolece de defectos que lo someten a críticas y rechazos. Desde la ética de protección se propone reforzar la legitimidad de imponer medidas obligatorias de salud que cumplan al menos cuatro condiciones para ser convincentes y exigibles³¹:

1. Reconocimiento de un problema que efectivamente causa o amenaza provocar daños comunitarios de proporciones inaceptables.
2. Capacidad de prevenir o resolver gran parte del problema (eficacia) con acciones demostradamente eficientes –los beneficios sobrepasan los efectos negativos aceptables/aceptados–, que deben ser proporcionales a la magnitud de la tarea acometida.
3. Certeza de la aleatoriedad de efectos indeseados. Todos los participantes en las acciones de la salud pública deben tener la misma probabilidad de sufrir efectos negativos indeseados.
4. Aceptabilidad de disposiciones disciplinarias necesarias para obtener los resultados más eficaces, incluyendo las restricciones de autonomía, indispensables para disuadir a disidentes y “viajeros de pisadera”.

La actual pandemia presenta una situación de extrema incertidumbre e inseguridad, complicada por las impredecibles mutaciones del SARS-CoV-2, las cuales modifican su virulencia y velocidad de diseminación al punto de poner en duda las diversas medidas de contención, así como el grado y duración de protección de las vacunas³². Estas desorientaciones han causado medidas sanitarias contradictorias, variables, en algunas naciones autoritariamente centradas, mientras otras ven planes regionalmente disgregados, con severas consecuencias para las economías nacionales, empresariales e individuales.

De esta manera, incertidumbre y manipulación de datos estadísticos han reducido la ya frágil confianza de la ciudadanía en sus gobernantes³³. La salud pública perdió toda orientación sobre su ámbito y límites de acción además, la autoridad para establecer políticas sanitarias tanto rutinarias como de excepción. La idea de salud pública se ha vuelto polisémica y víctima de vaivenes políticos entre ser una disciplina responsablemente pública y la insistente tendencia del *modo individual de manejar riesgos*

que cumpla con ser ético y asumir las responsabilidades y obligaciones como “buenos ciudadanos” empeñados en llevar una vida saludable, con iniciativas personales de prevención y cuidado de su salud³⁴.

Preferir el concepto de salud colectiva puede sellar que las políticas sanitarias tengan un ámbito de acción en que han de proteger a la población antes que a los individuos con consecuencias deletéreas, sobre todo en regiones donde las inequidades en cuidados de salud no pueden ser asumidas por los desposeídos que dependen para ello de un Estado robusto y eficaz. Mientras más desvalida sea una población, más necesario es desarrollar un robusto Estado protector.

Según plantea Amartya Sen³⁵, el sistema democrático que defiende los derechos políticos, civiles y sociales es indispensable para prevenir desastres económicos y sociales. Una salud colectiva que no sea insistente y permanentemente democrática está condenada al fracaso por ineficacia, por cuanto las imposiciones de políticas obligatorias carentes de legitimidad llevan al conflicto y al desacato.

Varias naciones endurecieron las medidas de contención, afectadas por el resurgimiento de casos positivos a la variante ómicron, lo que desató nutridos movimientos sociales de protesta. El decreto de medidas sanitarias impositivas requiere entregar a los desposeídos la posibilidad material de cumplir con lo exigido –ingreso mínimo para suspender trabajos informales, facilidades de acceso a residencias de aislamiento, apoyo a desplazamientos indispensables evitando la congestión y falta de distanciamiento de los medios públicos habituales, además de la garantía de acceso a vacunas para los distantes, los discapacitados y los ancianos. Solo así, tendrá una medida sanitaria coercitiva la validación ética para proceder³⁶.

Claramente, estas condiciones no se cumplieron al cabo de dos años de pandemia incontrolada. Aunque el beneficio protector de la vacuna es indiscutible, persisten muchas incertidumbres sobre su eficacia inmunitaria, duración y posibles, aunque muy infrecuentes, complicaciones. Esto fortalece a los movimientos antivacuna, sobre todo porque ven la precariedad en que grandes grupos sociales desposeídos y desmedrados viven y su inequidad crónica de acceso a la salud; condiciones de vida que les impiden tener espacio habitacional para aislamiento, además de la precariedad laboral en gran proporción informal que imposibilita el cumplimiento de cuarentenas.

En el convencimiento de futuras pandemias virales, sería deseable incrementar la preparación sanitaria para mejor enfrentarlas, como fue propuesto al final de la pandemia SARS 2002, sin mayor efecto. Las incertidumbres e inseguridades insolutas en la pandemia actual dificultan anticipar las características de la próxima invasión viral, mas la experiencia de covid-19 confirma que la legitimidad de medidas coercitivas obligatorias depende de niveles cognitivos convincentes, así como de la preocupación y capacidad del Estado por paliar y compensar las penurias que estas medidas causan en la población carente de recursos y reservas.

Consideraciones finales

La bioética no ha tenido rol decisivo alguno durante el transcurso de la actual pandemia. Gilbert Meilaender, reconociendo una vez más que la bioética no es una experticia, informa sobre un documento firmado por casi 1.400 “bioeticistas” y publicado por The Hastings Center, en el cual enfatizan que existe *una vasta literatura bioética acerca de cómo abordar decisiones de triage*³⁷.

Sin embargo, las urgencias de la pandemia obligaron a implantar el *triage* clásico basado en criterios estrictamente médicos para priorizar a los gravemente afectados pero susceptibles de responder favorablemente al tratamiento intensivo con ventilación mecánica, lo que postergó toda consideración bioética para cuando amaine la emergencia. Entre Sars (2002) y covid-19 (2019) quedó dicho que *la bioética no puede servir como base para reflexionar sobre los equilibrios requeridos en defensa de la salud pública. Mientras comenzamos el proceso de esculpir una ética para la salud pública, se vuelve claro que la bioética es el lugar inadecuado para iniciarlo*³⁸.

Diversos autores reconocen que enfrentar al virus con medidas basadas en estadísticas epidemiológicas es necesario y presuntamente suficiente para terminar con esta pandemia o transformarla en una endemia controlable. No obstante, la pandemia ha intensificado los efectos de una modernidad exacerbada que produce un extenso deterioro medioambiental y daños sociales ingentes, difícilmente reversibles. El modo de ganar la batalla actual nos vuelve a anclar en un mundo aceleradamente entrópico que será golpeado por nuevos microorganismos y a exacerbar la virulencia de los ya conocidos.

En el intertanto, debemos seguir buscando vacunas, aumentando nuestras capacidades de medicina crítica en términos de unidades de tratamiento intensivo y mayor disponibilidad de camas. Más que adquirir un mayor número de ventiladores, es indispensable crear un fondo de emergencia sanitaria que adquiera lo que futuras pandemias requieran según las peculiaridades patogénicas de los ataques virales por venir.

Por lo tanto, es deseable renovar el discurso como lo sugiere, entre otros, A. Honneth³⁹, reconociendo que en situaciones de emergencia no puede sino primar el criterio individualista; y abocarse a una reflexión ética más imaginativa para hacer de las políticas sanitarias un campo de acción eficaz, eficiente y éticamente legitimado que proponga decisiones que privilegien el bien común por sobre intereses individuales es lo que corresponde a la bioética.

Referencias

1. Rosa H. Resonanz. Frankfurt: Suhrkamp; 2019.
2. Foucault M. Defender la sociedad. México: Fondo de Cultura Económica. 2ª ed. 2002.
3. Winslow GR. Triage and justice. Berkeley: University of California Press; 1982.
4. Huxtable R. COVID-19; where is the national ethical guidance? BMC Med Ethics [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];21(1):32. DOI: 10.1186/s12910-020-00478-2
5. Fritz Z, Huxtable R, Ives J, Paton A, Slowther AM, Wilkinson D. Ethical road map through the COVID-19 pandemic. BMJ [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];369:m2033. DOI: 10.1136/bmj.m2033
6. International Bioethics Committee; World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology. Statement on COVID-19: ethical considerations from a global perspective [Internet]. Paris: Unesco; 2020 [acceso 23 mar 2022]. Traducción libre. Disponible: <https://bit.ly/3NPnCos>
7. Romeo Casabona CM, Urruela Mora A. La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de triajes en el marco del COVID-19. Rev Bioét Derecho [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];50:99-112. DOI: 10.1344/rbd2020.50.31850
8. Aguilera B. Ethical allocation of scarce health care resources in the context of the COVID-19 crisis. Medwave [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];20(5):e7935. DOI: 10.5867/medwave.2020.05.7935
9. Storto GG, Arita STAR, Santos MS, Oba JR. Bioética y asignación de recursos en la pandemia de covid-19. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2021 [acceso 23 mar 2022];29(4):825-31. DOI: 10.1590/1983-80422021294516
10. Tolchin B, Hull SC, Kraschel K. Triage and justice in an unjust pandemic: ethical allocation of scarce medical resources in the setting of racial and socioeconomic disparities. J Med Ethics [Internet]. 2021 [acceso 23 mar 2022];47:2-202. DOI: 10.1136/medethics-2020-106457
11. Vergano M, Bertolini G, Gianini A, Gristina GR, Livigni S, Mistraretti G *et al.* Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. Crit Care [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];24(1):165. DOI: 10.1186/s13054-020-02891-w
12. Camporesi S, Mori M. Ethicists, doctors and triage decisions: who should decide? And on what basis. J Med Ethics [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];47:e18. DOI: 10.1136/medethics-2020-106499
13. Del Missier G. Overwhelmed by the virus: the issue of extreme triage. Redemptorists International [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3EhLvt>
14. Maglio I, Valdez P, Cámara L, Finn B, Klein M, Pincemin I *et al.* Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos. Medicina (B Aires) [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];80(supl 3):45-64. p. 1. Disponible: <https://bit.ly/3A1CQ4e>
15. Soares TS, Corradi-Perini C, Macedo CPL, Ribeiro URVC. COVID-19 y edadismo: evaluación ética de la distribución de los recursos sanitarios. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];92(2):242-50. DOI: 10.1590/1983-80422021292461
16. Emanuel EJ, Persad G, Ippshur 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 [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];382(21):2049-55. Traducción libre. DOI: 10.1056/NEJMs2005114

17. Truog ED, Mitchell C, Daley GO. The toughest triage: allocating ventilators in a pandemic. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];382(21):1973-5. DOI: 10.1056/NEJMp2005689
18. Burdiles PB, Ortiz PA. El triage en pandemia: fundamentos éticos para la asignación de recursos de soporte vital avanzado en escenarios de escasez. *Rev Méd Clín Condes* [Internet]. 2021 [acceso 23 mar 2022];32(1):61-74. DOI: 10.1016/j.rmcl.2020.12.004
19. Davis J. Withdrawing ventilators during the COVID-19 pandemic: when is it justified. *British Medical Journal Blog* [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3NQpwFk>
20. Chiam M, Ho CY, Quah E, Chua KZY, Ng CWH, Lim EG et al. Changing self-concept in the time of COVID-19: a close look at physician reflections on social media. *Philos Ethics Humanit Med* [Internet]. 2022 [acceso 23 mar 2022];17(1):1-11. p. 4. Traducción libre. DOI: 10.1186/s13010-021-00113-x
21. Savulescu J, Persson I, Wilkinson D. Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics* [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022];34(6):620-32. DOI: 10.1111/bioe.12771
22. Ekmekci PE, Güner MD, Buruk B, Gunes B, Arda B, Görkey S. Challenges and practices arising during public health emergencies: a qualitative survey on ethics committees. *Dev World Bioeth* [Internet]. 1997 [acceso 23 mar 2022]. DOI: 10.1111/dewb.12345
23. Sigerist H. Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social. *Salud Colectiva* [Internet]. 2006 [acceso 23 mar 2022];2(3):269-79. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-455584>
24. Rosen G. A history of public health. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1993.
25. Petersen A, Lupton D. The new public health. London: Sage; 2014
26. Naciones Unidas. Pacto internacional de derechos civiles y políticos. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [Internet]. 1966 [acceso 9 nov 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3TmmqKz>
27. Chile. Ley no 18415, de 1985. Ley orgánica constitucional de los estados de excepción. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet]. 1985 [acceso 9 nov 2022]. Disponible: <https://bcn.cl/2f6vs>
28. Mann J. Medicine and public health, ethics and human rights. *Hast Cent Rep* [Internet]. 1997 [acceso 23 mar 2022];27(3):6-13. Disponible: <https://bit.ly/3G2eVp5>
29. Bayer R, Fairchild AM. The genesis of public health ethics. *Bioethics* [Internet]. 2004 [acceso 23 mar 2022];18(6):473-87. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2004.00412.x
30. Levy N, Savulescu J. After the pandemic: new responsibilities. *Public Health Ethics* [Internet]. 2021 [acceso 23 mar 2022];14(2):120-33. p. 130. Traducción libre. DOI: 10.1093/phe/phab008
31. Kottow M. Bioética en salud pública: una mirada latinoamericana. Santiago: Editorial Universitaria; 2014.
32. Bertolozzi MC, de-La-Torre MC. Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina* [Internet]. 2012 [acceso 23 mar 2022];1(1):24-36. DOI: 10.33132/23229659.309
33. Horton R. Offline: complacency threatens progress against covid-19. *Lancet* [Internet]. 2022 [acceso 23 mar 2022];399(10325):615. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00266-5
34. Petersen A, Lupton D. 2014. Op. cit. p. 65. Traducción libre.
35. Sen A. The idea of justice. Cambridge: Belknap Press; 2009.
36. Cohen J. Individual freedom or public health? A false choice in the Covid era. *Hastings Center* [Internet]. 2020 [acceso 23 mar 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3EiuOGM>
37. Meilaender G. The pandemic: lessons for bioethics? *Hastings Cent Rep* [Internet]. 2022 [acceso 23 mar 2022];50(3):7-8. Disponible: <https://bit.ly/3tjclU9>
38. Bayer R, Fairchild AM. Op. cit. p. 492. Traducción libre.
39. Honneth A. Leçons morales tirées de la crise du covid. *AOC* [Internet]. 2021 [acceso 23 mar 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3UJWNEH>

Miguel Kottow - Doctor - mkottow@gmail.com

 0000-0002-6403-1338

Correspondencia

Miguel Kottow - Las Hortensias, 2.759, Providencia 7510326. Santiago, Chile.

Recibido: 23.2.2022

Revisado: 20.3.2022

Aprobado: 28.9.2022