

Cuadernos
de la Fundació 58
Víctor Grífols i Lucas

Salud pública y COVID

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

6157/01
20/06/21

Salud pública y COVID

58

Cuadernos
de la Fundació 58
Víctor Grífols i Lucas

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Con la colaboración de:



Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Salud pública y COVID Nº 58 (2021)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-09-31714-1 Depósito Legal: B 11521-2021

Salud pública y COVID

Cuadernos
de la Fundació 58
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Presentación

<i>Andreu Segura y Àngel Puyol</i>	7
--	---

Participación ciudadana y COVID

<i>Fernando Pindado</i>	18
<i>Astrid Wagner</i>	34
<i>Jordi Giró</i>	46

Paternalismo y libertad

<i>Josefa Cantero</i>	58
<i>Iñigo de Miguel</i>	83
<i>Jordi Muñoz, Francesc Amat, Andreu Arenas y Albert Falcó-Gimeno</i>	94
Recomendaciones	111

Transparencia y comunicación

<i>Andreu Segura</i>	116
<i>Beatriz Gallardo-Paúls</i>	123
<i>Gema Revuelta</i>	142
Recomendaciones	158

Aportaciones de los expertos

<i>Macario Alemany</i>	162
<i>Roberto R. Aramayo</i>	165
<i>Montserrat Busquets</i>	169
<i>Victòria Camps</i>	173
<i>Oriol Farrés</i>	176
<i>Javier García</i>	181
<i>Juan Gérvas</i>	185
<i>Joan Guix</i>	189
<i>M^a Teresa López de la Vieja</i>	194

<i>Màrius Morlans</i>	197
<i>Miquel Porta</i>	202
<i>Bernabé Robles</i>	209
<i>Begoña Román</i>	213
<i>Miguel Ángel Royo</i>	217
<i>Concha Roldán</i>	219
<i>José Antonio Seoane</i>	223
Relación de autores	226
Títulos publicados	230

PRESENTACIÓN

Hace ya diez años que el grupo de trabajo de ética y salud pública de SESPAS y la Fundació Víctor Grífols i Lucas organizan un encuentro anual sobre alguna cuestión de salud pública susceptible de análisis desde una perspectiva ética. Ambas son disciplinas más próximas de lo que parece, tal vez porque nacieron juntas al establecerse las primeras ciudades, que para ser viables requerían agua potable, conservación adecuada de alimentos, algún sistema de evacuación de residuos y, desde luego, una policía sanitaria mortuoria, lo que configuró, en conjunto, el embrión de la protección colectiva de la salud comunitaria, algo más complejo que la higiene de las bandas nómadas, imprescindible para la supervivencia de las especies de animales sociales. Eran emplazamientos que también desarrollaron la sensibilidad estética de los seres humanos, construyendo espacios para el disfrute del ocio, ideando diseños confortables y agradables de las estancias domésticas, etc.; ejemplos de actividades colectivas de promoción de la salud comunitaria, en el sentido más actual del término «salud», algo más que la mera ausencia de enfermedad.

Pero tan importante como las bases materiales que permitieron consolidar el urbanismo como tendencia inexorable de las organizaciones sociales humanas, debieron ser también los valores que permitieron construir y mantener la cohesión social suficiente entre centenares y, a menudo, miles de vecinos. Una convivencia que precisaba que los usos y costumbres (*mores* en latín; *ethos* en griego) de los residentes fueran, por lo menos, compatibles con la vida en común. Así, las actitudes y comportamientos más favorecedores fueron, probablemente, valorados como adecuados, mientras que las conductas que la dificultaban se consideraban moralmente malas.

No obstante, las historias de la ética y de la salud pública no volverán a converger hasta la formulación del utilitarismo, e incluso todavía más un par de siglos después, cuando se consideren finalmente los derechos humanos como elementos decisivos a la hora de analizar los dilemas morales que implican conflictos entre los intereses de la sociedad, eso que llamamos el bien común y los intereses y las preferencias particulares, lo cual fomentará el interés de

la salud pública por la ética, que en nuestro caso ha llevado a esta colaboración, materializada en los encuentros anuales donde debatimos aspectos éticos de la práctica de la salud pública. Se trata de un ejercicio que enriquece las iniciativas de protección y promoción colectivas de la salud comunitaria desde la perspectiva ética.

Aprovechamos pues para agradecer a Victòria Camps, presidenta del patronato, y a Núria Terribas, directora general, la generosa hospitalidad y la valiosa cooperación de la Fundació, traducida en una pequeña biblioteca de temas de ética y salud pública, ya que nueve de los 57 cuadernos actuales de su colección se han gestado en estos encuentros.

La pandemia de la COVID-19 ha desencadenado una reacción extraordinariamente intensa y generalizada. Ninguna otra plaga –incluida la de la malaria, con más de dos millones de nuevos casos anuales y medio millón de defunciones al año–, ni tampoco ningún otro problema planetario –como el cambio climático, por ejemplo–, han conseguido que buena parte de la humanidad –cuando menos aquella que escuchan los gobiernos– aceptara adoptar unas medidas preventivas tan drásticas como las que se han ido proponiendo y, en muchos países, promulgado. Medidas que, siquiera temporalmente, han supuesto la suspensión de algunos de los derechos humanos fundamentales y una intensa interferencia sobre las condiciones y circunstancias de la vida cotidiana de individuos y empresas.

El caso es que, a finales del 2019, desde una lejana provincia china,¹ se había detectado un brote epidémico de infecciones respiratorias del que no se proporcionaban muchas más precisiones, aunque el insólito eco del anuncio pudiera hacer sospechar peculiaridades singulares; porque, como los brotes epidémicos respiratorios de diversa etiología son comunes durante la temporada gripal, no acostumbran a despertar una particular atención. Y, además, porque la coyuntura política –la competencia por los mercados entre China y Estados Unidos; el contencioso de Hong Kong, etc.– podría adulterar los propósitos de la declaración.

Sin embargo, pocos días después, el aislamiento de un coronavirus desconocido hasta entonces, similar al agente del síndrome agudo respiratorio grave (SARS),² y la afectación mortal de un oftalmólogo que había denunciado la

supuesta pasividad de las autoridades, incentivaron el interés –no está claro hasta qué punto sesgado– de los medios de comunicación, altavoces de la evolución de los acontecimientos.

En pocos días, los afectados se contaban por miles, las autoridades locales decretaban un confinamiento masivo y empezaban a aparecer casos en otros países. Aunque no se hubiera establecido la definición específica de caso –difícil, dada la rapidez de evolución–, la propagación de la infección preocupaba cada vez más. El diseño de un contador público de la acumulación de nuevos casos estimulaba aún más la curiosidad y la preocupación, pese a que la validez y el significado preciso de los datos no fuera suficientemente claro.

La incorporación de los difuntos a las estadísticas acentuaba una situación de pánico generalizada (aunque, como ocurre siempre, la población más necesitada tenía otras cosas más tangibles de las que preocuparse), pese a que, para hacerse una idea cabal de la gravedad de la infección, sean más informativas la letalidad, que es la proporción de muertes entre los afectados, y las tasas de mortalidad, que son los cocientes entre las defunciones causadas y la población general. También resulta orientativo el exceso de mortalidad y las defunciones –o las proporciones y las tasas–, que superan las que podría esperarse que ocurrieran si la tendencia de la mortalidad no se hubiera modificado. Pese a todo, el número absoluto de muertes suele impresionar mucho más.

Si a estos datos añadimos los que –también por el miedo y la aprensión– reflejaban la demanda súbitamente incrementada de los servicios de urgencias y de emergencias, la acumulación en los centros de atención primaria, la saturación de las unidades de cuidados intensivos hospitalarios y, sobre todo, las descripciones, a menudo dantescas, de algunos episodios en las residencias de ancianos, los testimonios impresionantes de los profesionales sanitarios y de otras experiencias que inmediatamente eran amplificadas en las redes sociales –de forma dramática cuando no desorbitada–, la percepción de que aquello era como el hundimiento del *Titanic* estaba cantada. ¿Quién, en sus cabaes, podría negar el peligro extremo al que nos estábamos enfrentando?

Se produjo una situación excepcional que podría justificar la adopción de las medidas preventivas más drásticas, incluso si comportaban la renuncia –supuestamente temporal y transitoria– de los derechos individuales que, en algunos

lugares al menos, tanto ha costado conseguir y preservar. Este dilema central, pues, propio de la ética de la salud pública, merece, por tanto, una atención especial.

Poner en cuestión la libertad individual requiere, siguiendo a Upshur,³ respetar cuando menos cinco condiciones, la primera de las cuales es garantizar la eficacia del programa o intervención que se pretende poner en práctica. Se debe disponer, pues, de suficiente información sobre las consecuencias benéficas de la intervención que se pretende. O al menos que resulte razonablemente convincente de sus esperados efectos positivos. La segunda es la de la proporcionalidad. No conviene matar moscas a cañonazos porque los efectos colaterales pueden ser peores que los males que nos pueden infligir las moscas. La tercera es la necesidad. La verdad es que hay situaciones que se formulan como problemas, pero realmente no lo son, o, por decirlo así, no lo son para quienes se dice que los padecen, como ocurre a veces cuando los cooperantes extranjeros se enfrentan a situaciones que los naturales del país no perciben como problemáticas o, cuando menos, no como prioritarias. La siguiente es el menor atropello y, aunque tiene relación con la proporcionalidad, no es estrictamente equivalente, puesto que una reacción desproporcionada no siempre es, al menos directamente, dañina. La última condición se refiere a la necesidad de justificar públicamente la intervención. No solo de promulgarla y ordenarla, sino de explicar razonable y comprensiblemente el motivo o los motivos por los que se toman cada una de las decisiones que requiere llevar a cabo la intervención, desarrollar el programa o poner en práctica las medidas preventivas que se pretenden instaurar.

Un planteamiento que coincide en lo esencial con la propuesta ya clásica de Nancy Kass⁴ en su formulación de seis criterios útiles como instrumentos auxiliares para valorar las implicaciones éticas de las intervenciones, políticas, investigaciones o programas de salud pública. En este caso, el primero es el de la autenticidad de la intención, un empeño de mejorar o proteger realmente la salud de la población. Un propósito que tal vez podría ser compatible con otros siempre que no los subordine.

Sin acudir a interpretaciones conspirativas, es lógico suponer que los medios de comunicación social tienen interés en aumentar la demanda de sus pro-

ductos, lo cual no tendría por qué interferir en el interés primordial de informar comprensiblemente a sus clientes a no ser que se opte por el sensacionalismo o el amarillismo en el trato de las noticias. Lo mismo vale para las autoridades sanitarias, cuyo interés en protegerse de eventuales críticas por no hacer todo lo posible no sería criticable si no fuera verosímil que satisfacer tal propósito impide, o al menos obstaculiza, el desarrollo de sus obligaciones, puesto que parece que, como mínimo, sospechen que lo que proponen no sirve para aquello que dicen que sirve.

Lo que nos lleva al segundo criterio, que es el de la eficacia, la cual, aunque no siempre se pueda garantizar, debe contar con argumentos suficientes que por lo menos no la descarten, un criterio que no cumplen todas las medidas propuestas. El tercer criterio es distinguir, reconocer y cuantificar las cargas que van a comportar las medidas adoptadas. No solo las previsiones sobre la desaceleración de la economía y el descenso de la productividad y la riqueza que, desde luego, son muy importantes y que van a provocar indirectamente daños en la salud de las personas y de las comunidades; también sobre las interferencias a la vida cotidiana, a la movilidad de las personas, a la suspensión de actividades previstas que, en algunos casos, pueden parecer más o menos superfluas, pero que, en otros, como las actividades escolares, claramente no lo son. El cuarto criterio insta a minimizar los efectos colaterales indeseables, lo que nos recuerda que la salud no es siempre lo más importante. Y no porque la economía o la productividad lo sean más, sino porque la salud debe permitirnos sacarle más provecho a la vida. El penúltimo de los criterios nos recuerda que las intervenciones deben ser justas y, por ello, no deben incrementar las inequidades, es decir, que estas no afecten solo o más a algunas personas y colectivos, que habitualmente son los más pobres o los que menos alternativas tienen para evitar las molestias, los perjuicios o hasta los daños que pueden acarrear, en ocasiones inevitablemente, las medidas preventivas. Finalmente, perjuicios y beneficios deben ser prudentemente equilibrados como han propuesto siempre los maestros de la ética, desde Aristóteles, para quien la prudencia no era sinónimo de pusilanimidad, sino la justificación más sabia y ponderada de una decisión, aunque, desde luego, no garantizara el éxito.

La propia Nancy Kass ha liderado un grupo de profesionales del Departamento de Ética de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins que,

bajo el patrocinio de Wellcome, han elaborado unas consideraciones específicamente dedicadas a la prevención y el control de epidemias,⁵ análogo a la guía editada recientemente por la OMS al respecto.⁶ Documentos estos que destacan la importancia de implicar activamente a la comunidad para enfrentar este tipo de problemas, afrontar la incertidumbre y gestionarla responsablemente, lo que incluye asumirla públicamente y no generar expectativas quiméricas ni vanas ilusiones, así como rendir cuentas sobre las decisiones tomadas y sus resultados, sin olvidar el respeto a la dignidad de todas las personas, incluidas las que discrepan de las explicaciones y de las medidas propuestas, sin etiquetarlas injustificadamente como elucubraciones nihilistas.

Así pues, este año era ineludible afrontar la pandemia que, precisamente, impide el formato organizativo habitual de una única jornada dividida en tres partes. Las circunstancias especiales nos han llevado a adaptar una versión telemática del encuentro dividido en tres tardes, puesto que un día entero frente a una pantalla de ordenador –o todavía peor, de teléfono (mal llamado) móvil– suponía un auténtico atentado a la salud y, desde luego, un reto imposible para la atención y la concentración necesarias.

De ahí la opción del formato virtual en tres sesiones dedicadas a un aspecto determinado de la ética de la pandemia: la primera, a la participación ciudadana, que moderó Andrea Burón, que comparte con Andreu Segura la coordinación del grupo SESPAS; la segunda, centrada en los dilemas entre derechos colectivos y particulares, moderada por Àngel Puyol; y la tercera, debatiendo los temas de la transparencia y la comunicación de los hechos y las políticas relacionadas con la pandemia. En las páginas de este cuaderno, además de las ponencias presentadas al inicio de cada una de las sesiones, también se puede leer la parte fundamental de algunas de las intervenciones individuales escritas por los propios intervinientes –el grupo de expertos invitados a las sesiones– en el debate posterior a cada ponencia.

No queremos acabar esta presentación sin extender expresamente las gracias a las personas de apoyo organizativo de la Fundació –Sílvia Perabá, Maria Ferrer y Pau Valls–, sin las cuales no hubiese sido posible el éxito de las jornadas.

Andreu Segura
Àngel Puyol

Notas

1. El epicentro de la epidemia se localizó en Wuhan, capital de la provincia de Hubei en donde residen once millones de habitantes. En la actualidad, se considera el centro político, económico, financiero, comercial, cultural y educativo de la China central, «el Chicago de China». Un enorme puente cruza el río Yangtsé. Y muy cercana se localiza la presa de las Tres Gargantas, la central eléctrica más grande del mundo en términos de capacidad. La ciudad fue la capital de China en 1927, y diez años más tarde, durante la Segunda Guerra Sino-Japonesa, sitiada por el ejército nipón, la ciudadanía adoptó el lema madrileño de nuestra última guerra incivil «No pasarán». Por su importancia estratégica y simbólica, Wuhan se identificó con Madrid y su largo asedio. En *Sobre la guerra prolongada*, Mao Zedong decía: «¿Dónde estará el Madrid chino? Estará allí donde se logren las mismas condiciones que en Madrid. Hasta ahora China no ha tenido ningún Madrid, y en adelante debemos esforzarnos por crear algunos, pero ello depende enteramente de las condiciones. Y la fundamental de ellas es la amplia movilización política del ejército y el pueblo enteros». Como atestigua una canción de la época: «Del mismo modo que los españoles defienden Madrid,/ acabaremos con el ataque enemigo,/ y consolidaremos nuestro frente antijaponés./ ¡Defendamos Wuhan!».
2. El síndrome agudo respiratorio grave (SARS en inglés) se detectó por primera vez en China en noviembre del año 2002. En pocos meses, la enfermedad se propagó a docenas de países en Norteamérica, Sudamérica, Australia, África, Europa y Asia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hubo un total de 8.098 personas afectadas, con 774 fallecidos. En abril de 2004, el Ministerio de Salud de China notificó varios casos nuevos de pacientes con posible infección de SARS en Pekín y en la provincia de Anhui, en el centro este de China. En la actualidad no existen áreas con transmisión local. Fuente: <https://fundacionio.com/salud-io/enfermedades/virus/sars-sindrome-agudo-respiratorio-severo/>.
3. Upshur REG. Principles for the justification of public health intervention. *Canadian J Public Health*. 2002; 93: 101-103.

4. Kass N. An ethics framework for Public Health. Am J Public Health. 2001; 91: 1.776-1.782.
5. Kass N, Kahn J, Buckland A, Paul A, and the Expert Working Group. Baltimore: Berman Institute of Bioethics. Johns Hopkins School of Public health. 2019. Disponible en: <https://bioethics.jhu.edu/research-and-outreach/projects/ethics-guidance-lessons-from-ebola/>.
6. World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Geneva: World Health Organization. 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>.

Participación ciudadana y COVID

La participación ciudadana, esencia de la democracia

Fernando Pindado

Profesor de la UAB y consultor

Política y ciudadanía

Quisiera empezar este texto con un reconocimiento a la política, a su necesidad para gestionar y controlar el ejercicio del poder y su importancia en democracia.

Por desgracia, la concepción que generalmente se tiene de la política dista mucho de considerarla como algo positivo y necesario. Más bien se suele identificar «política» con malos políticos y malas políticas.

Se da una extraña contradicción, porque las personas que toman decisiones políticas no caen del cielo, han sido elegidas por la ciudadanía y esa misma ciudadanía espera de ellas una capacidad, casi milagrosa, de abordar y resolver los problemas.

Por otra parte, las personas políticas olvidan, en no pocas ocasiones, que están al servicio de la ciudadanía, pudiendo llegar a utilizar ese poder delegado para mantenerse ellos mismos o su partido en posiciones dominantes.

Quizá como consecuencia de esas malas prácticas, el barómetro del CIS de octubre de 2020¹ recoge como segundo problema para la ciudadanía, con un 11%, «el mal comportamiento de los políticos» y el tercero, con un 10,9%, «los problemas políticos en general». Obviamente el primer problema, para un 24,7% de la población, eran «los peligros para la salud». Obsérvese que los problemas políticos están por delante de «los problemas de índole económica», que suponen un 9,4%. Un año antes, en septiembre de 2019 (sin pandemia), el principal problema era el paro (36%) y el siguiente «los/las políticos/as en general, los partidos y la política», con un 21,7%.²

La política se percibe como algo que no funciona y no demuestra su utilidad para resolver problemas, siendo, al contrario, una fuente de dificultades. No aparece, pues, como el medio para intervenir en situaciones complejas y gestionar intereses diversos y los conflictos que se puedan derivar. Y eso supone un riesgo para la democracia.

En otro momento³ escribí sobre ello: «Interesa destacar lo que Crouch⁴ llama *posdemocracia*». Considera este politólogo que, en la historia de la implantación del sistema democrático, existen tres momentos diferentes: un primer momento predemocrático; un segundo en el que se alcanza la cumbre del sistema y un tercero de caída.

En el momento predemocrático, las diferentes fuerzas sociales luchan para instaurar la democracia, imaginan unos determinados funcionamientos, sueñan unas utopías, movilizan ilusiones y emociones.

En el segundo momento, cuando la democracia se instaura, se ponen en marcha los medios que permiten el ejercicio de los derechos inherentes al sistema. Es un momento fuerte, álgido, donde la ilusión y la esperanza con las que se celebra el advenimiento democrático producen una cierta efervescencia social que, finalmente, acaba cristalizando y anquilosándose. Véase en este sentido, en el caso español, el periodo que va desde finales de 1970 a finales de 1980, cuando el interés por la política y por las elecciones era importante, y el grado de afiliación y militancia en partidos, sindicatos y asociaciones era notablemente superior al actual.

Finalmente, aparece una especie de crisis, en la que todas aquellas expectativas, ilusiones y esperanzas se modulan, se racionalizan, se ven más o menos cubiertas o más o menos defraudadas. La efervescencia y el movimiento dan paso al relajamiento y la inapetencia. El poder es gestionado por muchos de aquellos que fueron agitadores sociales (o se aprovecharon de esa agitación).

Según Crouch, este proceso sigue una forma similar a la parábola, y después de esa fase álgida se produce una decadencia que denomina «posdemocracia». No creo que el nombre sea muy acertado, porque «pos» es todo lo que viene «después de»: posindustrial, posmoderno, y dice mucho pero no dice nada.

Coincido sin embargo con dicho autor en que estamos en un momento diferente, de crisis del sistema, de baja calidad democrática y de peligro para su supervivencia. En esta coyuntura, la apatía ciudadana se traduce no solo en la falta de interés por la política institucional y por las elecciones, sino también, y creo que esto es más grave, por todo aquello que tiene que ver con lo colectivo, con la cosa pública, con la POLÍTICA en mayúsculas en la definición que hemos hecho al principio.

Mientras exista la creencia, no exenta de pruebas lógicas, de que las decisiones importantes se cocinan en espacios alejados de la ciudadanía, esta no tendrá interés en participar. Mientras se siga creyendo que lo importante es estar a bien con el poder, formar parte de su «Corte» para acceder a las diferentes migajas que las élites poderosas distribuyen entre los suyos, no construiremos un sistema basado en los valores democráticos y caminaremos hacia la deshumanización.

Para mayor inri, la pandemia está siendo utilizada como un arma arrojada entre los partidos políticos. Ciertamente, algunos de ellos son más insultantes y tienen mayor responsabilidad, pero esas diferencias no son fácilmente detectables por la gente, que acaba considerando la política como algo sucio e interesado.

Se tiende a vivir la política como un espectáculo en el que los diferentes actores principales, los partidos políticos, producen *reality shows* regularmente. Así nos lo dice Innerarity: «Donde con mayor claridad se manifiesta la despolitización es en el tipo de comunicación que tiene lugar en la opinión pública, banalizada y sin auténticos debates. En ella se realiza un tipo de confrontación elemental donde el acontecimiento está por encima del argumento, el espectáculo sobre el debate, la dramaturgia sobre la comunicación, la imagen sobre la palabra. La esfera pública queda entonces reducida a un conjunto de “espectáculos de aclamación”. Se trata de un tipo de comunicación en el que los actores emiten sus opiniones, solo se citan a sí mismos y no entran en secuencias de pregunta y respuesta. Los discursos ya no se realizan para discutir con el adversario o tratar de convencerlo, sino que adquieren un carácter plebiscitario, de legitimación ante el público. La comunicación pública constituye una yuxtaposición de monólogos; los

hablantes reaccionan unos frente a otros, pero sin ninguna intención de entenderse o convencerse».⁵

Recordemos que la política no es solo cosa de «políticos». El diccionario de la RAE la define como: «Actividad del ciudadano cuando interviene en los asuntos públicos con su opinión, con su voto, o de cualquier otro modo». Y en democracia, la política, las decisiones que afectan a toda la ciudadanía, debiera elaborarse y realizarse facilitando, escuchando y teniendo en cuenta las aportaciones ciudadanas para mejorar y concretar esas actuaciones. Por eso, la Constitución española, como otras Constituciones democráticas, recoge el derecho político a la participación proclamado por la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.

De todas maneras, no es suficiente con declarar el derecho. De nada sirven esas proclamas si no se facilitan canales adecuados para la participación. No es fácil intervenir en los temas complejos que ha de abordar la política y en las decisiones políticas, por lo que esos canales deben reunir características de idoneidad suficientes para cumplir con el objetivo.

Sin una ciudadanía implicada en la cosa pública, en la política podemos tender a una deshumanización. Así de contundente se expresaba Adela Cortina cuando nos recordaba que, en la Grecia clásica, se consideraba una vida digna de ser vivida «la del ciudadano que participa activamente en la legislación y administración de una buena polis, deliberando junto con sus conciudadanos sobre qué es lo justo, porque todos ellos son capaces de palabra y, en consecuencia, de socialidad. La socialidad es capacidad de convivencia, pero también de participar en la construcción de una sociedad justa, en la que los ciudadanos puedan desarrollar sus cualidades y adquirir virtudes. Por eso quien se recluye en sus asuntos privados acaba perdiendo no solo su ciudadanía real, sino también su humanidad».⁶

Diferentes «grados» de participación

Desde un punto de vista etimológico, participar es tomar parte (*pars capio*) de algo que es susceptible de ser «repartido» porque no es un todo homogéneo y sólido.

Las personas tomamos parte de diferentes grupos o colectivos en nuestra relación cotidiana, entre nosotros y con la comunidad.



Participación cívica

Así, podemos participar en el funcionamiento de un servicio público como la educación, desde nuestra propia individualidad y desde nuestro propio derecho. La participación de un padre o una madre en la educación que recibe un hijo o una hija reuniéndose con el profesorado, la dirección del centro o, en casos especiales, con la inspección de educación son una manifestación de esa participación desde la propia individualidad, desde «mi» derecho y el de «los míos».

Participación comunitaria

En esa misma escuela, por seguir con el ejemplo, los padres y madres se organizan en una asociación, crean un proyecto colectivo, mediante el cual intervienen en el funcionamiento de la escuela, ya no solo de cada hijo en concre-

to, sino de la comunidad de alumnos y alumnas, haciendo seguimiento de los servicios educativos, colaborando en la realización de determinadas actividades extraescolares... Se pasa entonces a un grado cualitativamente superior: del «yo» al «nosotros» y «lo nuestro». Aquí la decisión personal, que en el grado anterior pertenecía únicamente a la esfera individual del sujeto, se somete a la decisión que pueda tomar el colectivo. Y, además, las decisiones que se toman en esa «comunidad» no afectan a otras comunidades. Si, por ejemplo, decidimos hacer la fiesta de final de curso el 10 de junio, las escuelas del barrio o de la ciudad pueden elegir otras fechas porque nuestras decisiones no les vinculan.

En estos dos grados, normalmente, la relación del individuo o de la asociación con el servicio público se produce con personas con responsabilidad técnica; no suele ser necesaria la intervención del nivel político.

Participación ciudadana

En cambio, en el tercer grado de participación las personas y los grupos se relacionan con la polis, con la política, con aquel tipo de decisiones que afectan al conjunto de la ciudadanía. Aquí aparece esa forma de gestionar los intereses diversos y distintos que tenemos en la sociedad y, por eso, las decisiones políticas inciden en todas las personas, no solo en las que las han propuesto o decidido.

Siguiendo con el ejemplo de la escuela, si se considera que el hecho de hacer fiestas de final de curso en días diferentes provoca disfunciones en el entorno, en la movilidad o en la seguridad, se podría tomar una decisión política, una ley, un reglamento, un acuerdo de gobierno para celebrar esas fiestas en un día concreto. Estas decisiones políticas tienen afectación *erga omnes*, todos estamos obligados a respetarlas.

He señalado estos grados, pero no se piense que se trata de un itinerario obligatorio. No es necesario pasar por un grado para llegar al siguiente, no hay una prelación ni un recorrido concreto. Todos los grados son importantes y todos necesitan canales para su mejor utilización y mayor eficacia, pero deberemos reconocer que la participación ciudadana, por su impacto político

(*erga omnes*), requiere que sean fiables, transparentes y adecuados a la diversidad y heterogeneidad de las personas.

Los seres humanos evolucionamos viviendo en grupos: familia, tribu, aldea, pueblo, ciudad... compartiendo conocimientos y recursos para nuestra mejor adecuación al entorno, desarrollando vínculos «comunes» que nos han relacionado con otras personas y nos han dado unas señas de identidad.

La historia humana ha conocido diferentes formas de vida en común y hoy, en el actual sistema capitalista, continúan existiendo tales comunidades. Mientras haya seres humanos habrá relaciones comunitarias porque somos animales (dicho sea, con perdón y respeto) que necesitamos de la interacción con otros para vivir y desarrollarnos mejor.

Podemos encontrar muchas comunidades: las que comparten un edificio, una calle, un barrio; las que comparten unos vínculos o unos ideales; las que profundizan en su relación y forman organizaciones para conseguir unas finalidades, etc.

Una de estas comunidades es la polis, de donde deriva la POLÍTICA en mayúsculas. La política es, en este sentido, uno de los instrumentos que hemos creado para gestionar la pluralidad y diversidad de intereses y resolver los conflictos que se puedan generar. Claro está que, a menudo, la política se ha basado en la explotación del débil por el fuerte y el hecho comunitario ha sido condicionado por la sumisión a los dictados de los poderosos.

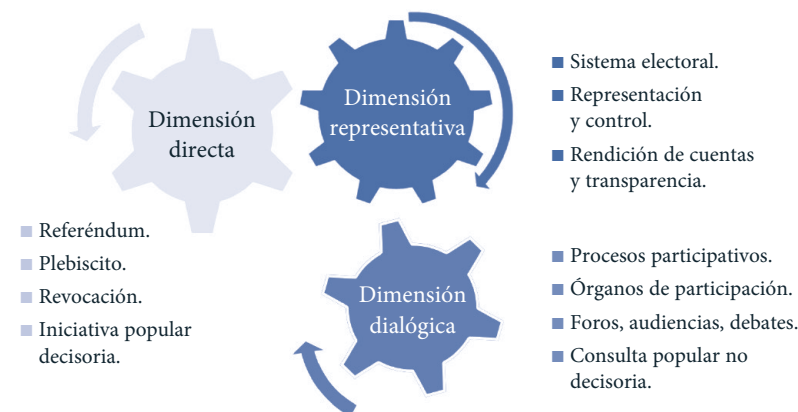
Las dimensiones de la democracia

La democracia es el sistema político que, conceptualmente, considera que la legitimidad para ejercer el poder nace del pueblo y se tiene que ejercer en su nombre y en su interés.

¿Cómo se toman las decisiones políticas en democracia? La democracia tiene tres dimensiones que no se pueden separar. Hemos cometido, durante mucho tiempo, el error de desgajarlas sin aprovechar sus sinergias para fortalecer el sistema democrático.

Hay que afrontarlas, intervenir en ellas de manera unitaria, cualquier movimiento, cualquier iniciativa social, cualquier política que quiera mejorar la calidad de la democracia debe abordar las tres dimensiones, no puede quedarse solo con una de ellas. Utilizo el concepto místico «trinidad» para evidenciar que se trata de un único sistema con tres dimensiones diferentes que, a la vez, son solo una misma cosa: la democracia.

La trinidad democrática



La *dimensión representativa* es la más conocida y practicada: en realidad muchas veces la democracia se reduce solo a eso, a elegir intermediarios. Al respecto, recordemos que la soberanía reside en el pueblo y es el pueblo quien delega ese poder en unas personas a las que elige como sus representantes de manera periódica y por sufragio universal.

Ciertamente, esos representantes no siempre actúan de manera honesta o coherente con lo que dijeron que iban a hacer; por lo tanto, sería absurdo suponer que por el hecho de haber sido elegidos van a actuar siempre bien y de manera congruente. Por eso, son necesarios mecanismos y medios de control y seguimiento de su actuación.

Para ello se necesitan canales de acceso a la información, que la ciudadanía pueda conocer fácilmente los proyectos, programas, actuaciones, recursos... Por otra parte, se precisa transparencia, que sus actuaciones se expliquen, que se rindan cuentas de lo realizado, no solo al final del mandato para recoger nuevas adhesiones, sino durante todo el tiempo de ejercicio en el poder.

En la *dimensión directa*, por su parte, el pueblo no elige representantes para que decidan por él, sino que *decide* directamente. No pasa nada por convocar referéndums de vez en cuando. Quizá no cada tres meses como en Suiza, pero no debería resultar extraño al sistema democrático que, en algunas ocasiones, las decisiones las tome directamente el pueblo en refrendo.

La *dimensión dialógica* (*dia-logia*, a través de la palabra) se fundamenta en el intercambio de argumentos, opiniones e ideas entre gobierno y ciudadanía, ciudadanía entre sí, o de la ciudadanía hacia el gobierno. Los ciudadanos y ciudadanas actúan como aceleradores provocando la entrada en la agenda política de actuaciones no previstas por el nivel representativo.

Se trata de esos canales de participación conocidos como procesos participativos, órganos consultivos, iniciativas ciudadanas... donde una parte de la población, considerable en algunos casos, pero en otros minoritaria, se encuentra o reúne para proponer, sugerir, incidir, resistir, impedir... una acción de gobierno.

El resultado de la participación en estos instrumentos no puede ser vinculante para el gobierno porque no existe legitimidad democrática en las personas que participan. Por ejemplo, un órgano de participación suele estar formado por personas «representantes» de asociaciones o entidades, pero no pueden representar al conjunto de la ciudadanía porque no han sido elegidas por el titular de la soberanía: el pueblo. Son representativas, pero no representantes.

Lo mismo en un proceso participativo o proceso de debate público. Por más importante que sea el número de personas que hayan podido intervenir en esos debates, no suponen una representación democrática de la soberanía popular, sino un conjunto de personas con intereses diversos y argumentos diferentes que pueden ayudar a definir con mayor eficacia el contenido de una política, pero ni son espacios en los que se deba votar, porque nadie actúa

como representante, ni se debe llegar, necesariamente, a conclusiones, ya que el objetivo es conocer e intercambiar argumentos diferentes.

En un sistema democrático, las decisiones políticas que afectan al conjunto de la sociedad solo pueden tomarse por los gobiernos surgidos de las elecciones o por el pueblo en referéndum.

Breve *excursus* sobre mineralogía: el diamante es el mineral más duro de la naturaleza porque puede rayar a cualquier otro elemento, pero no puede ser rayado por ninguno. Un diamante raya una plancha de acero; un estilete afilado de acero no puede rayar un diamante. Ahora bien, si tiro un diamante contra una plancha de acero, la plancha ni se inmuta y el diamante se puede romper. Lo mismo al revés: si dejo caer una plancha de acero sobre el diamante, se hará añicos (el diamante).

Es así porque otra propiedad que se añade a la dureza del diamante es su fragilidad. Y esa es la metáfora que me sugiere la democracia. La democracia es un sistema duro, fuerte, ¿por qué? Porque su poder proviene del pueblo, de la totalidad de los seres humanos que forman parte de la comunidad. Es su fortaleza, pero también su fragilidad, porque el pueblo, las personas que lo componen, son volubles y variables.

El pueblo, ese conjunto de minorías, no siempre actúa como a mí me gustaría que actuara (es capaz de elegir a Donald Trump o votar a Vox). Por eso la fortaleza de la democracia es también su fragilidad, porque esa contradicción nos acompañará siempre. Cuantos más canales se abran para la participación ciudadana, más evidente será la diferencia de intereses y su desigualdad y complejidad. Cuanto más transparentes sean esos intereses, más claramente se podrá ver lo que realmente hay detrás de las opiniones y propuestas.

De la declaración del derecho a la práctica

Desgraciadamente, a pesar de las declaraciones formales y el reconocimiento del derecho a la participación, la práctica pública no siempre es ejemplarizante y, en no pocas ocasiones, es vista (la participación) como un trámite administrativo más.

Además, su utilización interesada –y en ocasiones demagógica– no ayuda a su efectiva implementación. Es frecuente escuchar a representantes públicos aquello de «Haremos lo que diga la gente». Como frase retórica es muy bonita, pero si la analizamos deberemos preguntarnos a qué gente se refieren. ¿A la que está de acuerdo con nuestra propuesta o a la que está en contra? Si hemos de decidir, por ejemplo, cómo hacer un carril bici en una determinada calle, ¿a quién vamos a escuchar? ¿A los que están de acuerdo o a los que prefieren que no se suprima espacio para el coche?

La otra cara de esa misma moneda está en la ciudadanía cuando reclama que su participación en cualquier proceso de debate o discusión sobre una actuación pública deba ser vinculante para la Administración convocante. ¿Qué es lo que debe ser vinculante? ¿La opinión mayoritaria de los que han podido intervenir en ese debate, que siempre serán una muestra pequeñísima de la población? ¿Habría que votar en esos espacios de debate? ¿Hay que hacer más caso a las opiniones vertidas por las organizaciones sociales?

Otro riesgo de esta dimensión dialógica es la utilización partidista y burda de esos espacios ciudadanos para repetir el enfrentamiento político que ya se hace en la institución. Eso provoca aún más desánimo.

La fragilidad de nuestro sistema se hace evidente en situaciones de crisis como la actual provocada por la pandemia. ¿Por qué no se activan canales de participación ciudadana? No le podemos pedir a la gente que sugiera medidas para combatir el virus, eso lo han de hacer especialistas. Pero, en cambio, sí tenemos opinión en cuanto a cómo está afectando nuestra vida laboral, profesional, educativa, social, cultural... Somos expertos en vivir en sociedad. Tenemos opinión, pero nadie nos la pide. ¿Cuánta información importante tienen las personas que trabajan de cajeras de supermercado, conductoras de autobús, de metro, de ambulancia, taxistas, transportistas de reparto, agentes de la policía, bomberos, o en peluquerías...? ¿Cuánta información tienen y nadie se la pide? ¿Cuántas ideas pueden salir de ahí para dar respuesta adecuada a la crisis social?

Hemos conocido iniciativas sociales para dar apoyo a las personas más vulnerables y no se hace apenas nada para mantener activa la llama de la relación de la persona con su entorno, con su comunidad más inmediata. En el bloque

de pisos donde vivo hay un grupo de WhatsApp para ayudar a quien lo necesite, una familia de origen chino repartió mascarillas entre todos los vecinos durante la primera semana de confinamiento, una vecina hacía comida para ayudar a los que tenían que trabajar... y todo eso sin que nadie lo pidiera. Existe esa alma humana de preocupación e interés por el prójimo. Y no se ha activado suficientemente desde la esfera pública.

Ni siquiera las instituciones se han comunicado entre sí. No me consta que, por ejemplo, en Catalunya, el Govern de la Generalitat haya mantenido una relación fluida y constante con los ayuntamientos del país. Los municipios son el primer escalón en la vida social, comunitaria y política y no es lo mismo el confinamiento en una gran ciudad del área metropolitana que en uno de los quinientos pueblos con menos de mil habitantes de Catalunya. ¿Se ha contado con sus alcaldes y alcaldesas para diseñar protocolos adecuados a sus características?

El estado de alarma limita la movilidad, pero no el derecho de participación. Se podrían haber habilitado (aún se podría) canales específicos, telemáticos, telefónicos... para, efectivamente, salir juntos de esta. Insisto, no para abordar las medidas sanitarias, que es mejor que se tomen utilizando criterios médicos, sino para abordar medidas sociales y económicas que eviten o al menos palién las consecuencias personales que está teniendo la pandemia más allá de su impacto en la salud.

Algunas propuestas

1. Diseñar y poner en marcha un (eco)sistema de participación ciudadana que recoja las diferentes dimensiones de la democracia y los diferentes grados de participación para facilitar la implicación ciudadana en la cosa pública. En algunas ciudades se ha intentado, como por ejemplo en Barcelona con el Reglamento de participación aprobado en octubre de 2017.⁷
2. Incorporar los medios digitales y las redes sociales a los procesos de debate público y de reforzamiento comunitario. Al respecto, existen plataformas como <https://decidim.org/>.

3. Elaborar y activar programas de acción comunitaria tendentes a reforzar la capacidad de la gente de construir respuestas a los problemas compartidos. Incrementar la mirada comunitaria de los servicios públicos esenciales: salud, educación, servicios sociales...
4. Facilitar la iniciativa ciudadana para la definición de las actuaciones públicas y para la promoción de los debates que permitan recoger argumentos y propuestas para su mejora.
5. Modificar el marco normativo a fin de ordenar los canales de participación, asegurar su realización y darles fiabilidad y garantía.

Anexos

1. Barómetro CIS (octubre 2020)

Pregunta 15
¿Cuál es, a su juicio, el principal problema que existe actualmente en España? ¿Y el segundo? ¿Y el tercero? (RESPUESTA ESPONTÁNEA). (MULTIRRESPUESTA).

	Primer problema	Segundo problema	Tercer	TOTAL problema
La crisis económica, los problemas de índole económicos	9,4	20,4	9,8	39,6
Los peligros para la salud: COVID-19. El coronavirus. Falta de recursos suficientes para hacer frente a la pandemia	24,7	9,8	3,8	38,3
El paro	7,6	11,2	6,2	25,0
El mal comportamiento de los/as políticos/as	11,0	5,4	4,2	20,7
La sanidad	5,0	8,1	6,9	20,0
Los problemas políticos en general	10,9	4,6	3,4	18,9
La falta de acuerdos, unidad y capacidad de colaboración. Situación e inestabilidad política	6,4	3,0	2,4	11,8
Lo que hacen los partidos políticos	3,6	2,8	2,2	8,5
La acción del Gobierno y partidos o políticos/as concretos/as	5,4	1,1	0,6	7,1
Los problemas de índole social	1,0	1,9	3,5	6,4
Poca conciencia ciudadana (falta de civismo, de sentido espíritu cívico)	1,4	2,5	2,0	5,9
La educación	0,6	1,5	3,1	5,3
Los problemas relacionados con la calidad del empleo	0,7	2,1	2,0	4,8
La corrupción y el fraude	1,7	1,4	1,1	4,3
La independencia de Cataluña	0,2	0,8	1,0	2,0
La inmigración	0,3	0,5	0,6	1,4
La crisis de valores	0,4	0,6	0,3	1,3
Las desigualdades, incluida la de género, las diferencias de clases, la pobreza	0,3	0,3	0,6	1,2
Los estatutos de autonomía	0,4	0,4	0,4	1,2
La vivienda	0,2	0,4	0,5	1,1
La Monarquía	0,1	0,5	0,4	1,1
La Administración de Justicia	0,3	0,3	0,4	1,0
Las incertidumbres ante el futuro, la inseguridad y el miedo al futuro	0,3	0,2	0,5	1,0
La inseguridad ciudadana	0,2	0,1	0,5	0,8
Las pensiones	0,1	0,2	0,4	0,8
El funcionamiento de los servicios públicos	0,1	0,2	0,2	0,6
La falta de inversión en industrias e I+D	0,1	0,3	0,1	0,6
Los problemas relacionados con la mujer. La violencia de género	-	0,2	0,3	0,6
Tener que estar enclaustrado/a en casa	0,0	0,1	0,4	0,6
Los problemas relacionados con los/as autónomos/as	0,1	0,2	0,2	0,5
Los problemas relacionados con la juventud. Falta de apoyo y oportunidades a los/as jóvenes	0,1	0,2	0,2	0,4
Los extremismos	0,2	0,1	0,1	0,4
El medio ambiente	-	-	0,3	0,3
"Los recortes"	0,1	0,1	0,1	0,3
La subida de impuestos	0,1	0,1	0,1	0,3
Las infraestructuras	-	0,1	0,1	0,2
Los problemas de la agricultura, ganadería y pesca	-	0,0	0,1	0,2
Los bancos	-	0,1	0,0	0,2
El fraude fiscal	-	0,1	0,0	0,2
La emigración	0,0	-	0,1	0,1
Los nacionalismos	-	0,0	0,1	0,1
La falta de confianza en los/as políticos/as	0,1	-	0,0	0,1
El racismo	-	0,0	0,0	0,1
La subida de tarifas energéticas	-	-	0,1	0,1
Otras respuestas	3,5	4,1	2,3	9,9
Ninguno	0,4	2,4	4,2	0,4
N.S.	2,6	5,1	9,4	2,6
N.C.	0,3	6,0	24,6	0,3
(N)	(2.924)	(2.924)	(2.924)	(2.924)

2. Barómetro CIS (septiembre 2019)

Pregunta 9

¿Cuál es, a su juicio, el principal problema que existe actualmente en España? ¿Y el segundo? ¿Y el tercero? (RESPUESTA ESPONTÁNEA). (MULTIRRESPUESTA).

	Primer problema	Segundo problema	Tercer problema	TOTAL
El paro	36,2	15,3	8,5	60,0
Las drogas	0,1	0,1	0,0	0,2
La inseguridad ciudadana	1,1	1,8	2,3	5,3
El terrorismo, ETA	-	-	0,0	0,0
Las infraestructuras	0,0	0,1	0,1	0,3
La sanidad	2,7	6,0	5,1	13,8
La vivienda	0,5	0,9	1,0	2,4
Los problemas de índole económica	7,1	10,8	7,4	25,3
Los problemas relacionados con la calidad del empleo	2,9	5,5	5,3	13,7
Los problemas de la agricultura, ganadería y pesca	0,1	0,0	0,1	0,2
La corrupción y el fraude	7,7	10,3	7,1	25,1
Las pensiones	1,8	3,2	4,5	9,4
Los/as políticos/as en general, los partidos y la política	21,7	15,2	8,4	45,3
Las guerras en general	0,0	-	-	0,0
La Administración de Justicia	0,2	0,5	0,4	1,2
Los problemas de índole social	1,9	3,9	4,5	10,3
El racismo	-	0,1	0,1	0,2
La inmigración	4,4	5,7	5,5	15,6
La violencia de género	1,0	2,5	3,1	6,6
Los problemas relacionados con la juventud	0,3	0,5	0,5	1,3
La crisis de valores	0,4	0,3	0,4	1,1
La educación	0,9	2,1	2,7	5,7
Los problemas medioambientales	0,2	0,5	0,7	1,5
El Gobierno y partidos o políticos/as concretos/as	2,6	2,2	2,0	6,8
El funcionamiento de los servicios públicos	0,0	0,0	0,1	0,1
Los nacionalismos	0,1	0,2	0,1	0,3
Los problemas relacionados con la mujer	0,1	0,1	0,1	0,3
El terrorismo internacional	-	0,0	0,1	0,1
Las preocupaciones y situaciones personales	0,0	0,0	0,0	0,1
Estatutos de autonomía	0,1	0,1	0,1	0,2
Las negociaciones con ETA	0,0	-	-	0,0
Reforma Laboral	-	0,0	-	0,0
"Los recortes"	0,0	0,0	0,1	0,1
Los bancos	0,1	0,2	0,0	0,3
La subida del IVA	0,1	0,3	0,2	0,5
Los desahucios	0,1	0,0	0,1	0,1
El fraude fiscal	-	0,1	0,0	0,1
Las hipotecas	-	0,0	-	0,0
La Monarquía	0,1	0,2	0,1	0,4
Subida de tarifas energéticas	0,0	0,0	-	0,0
Independencia de Cataluña	1,3	1,9	2,5	5,8
La falta de acuerdos. Situación política. Inestabilidad política	0,7	0,2	0,1	1,0
Emigración	-	0,1	0,0	0,1
Problemas relacionados con autónomos/as	0,0	0,2	0,1	0,3
Falta de inversión en industrias e I+D	0,1	0,1	0,2	0,4
Otras respuestas	2,1	1,9	2,2	6,1
Ninguno	0,1	0,3	0,9	0,1
N.S.	0,9	1,5	4,9	0,9
N.C.	0,2	5,1	18,4	0,2
(N)	(5.906)	(5.906)	(5.906)	(5.906)

Notas

1. http://datos.cis.es/pdf/Es3296marMT_A.pdf. Ver Anexo.
2. http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3260_3279/3261/es3261mar.pdf. Ver Anexo.
3. Pindado F. La participación ciudadana es la vida de las ciudades. Barcelona: Ed. Del Serbal; 2008.
4. Crouch C. Posdemocracia. Madrid: Santillana; 2004.
5. Innerarity D. El nuevo espacio público. Madrid: Espasa; 2006.
6. Cortina A. Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía. Madrid: Alianza; 1997.
7. <https://ajuntament.barcelona.cat/participaciociudadana/es/documentacion-juridica>.

Participación y deliberación en tiempos de pandemia. Una perspectiva filosófica

Astrid Wagner

Instituto de Filosofía del CSIC^a

Introducción

La pandemia de la COVID-19 ha puesto de relieve que la capacidad de las sociedades para frenar la propagación del virus depende no solamente del sistema de salud, de los avances científicos y del sector farmacéutico, sino también en gran medida de la responsabilidad política y civil, es decir, de una gestión eficaz y responsable de la pandemia por parte de los políticos y del comportamiento responsable de la ciudadanía. La aceptación de restricciones drásticas en la vida social y laboral por parte de los ciudadanos requiere un alto nivel de confianza en el sistema político y las instituciones públicas. En este contexto, la participación ciudadana en los procesos políticos cobra especial importancia, precisamente en momentos de crisis sanitaria, económica y social, ya que esta se basa en un conjunto de mecanismos que fomentan la confianza y dotan las decisiones de los gobiernos de mayor legitimidad.

Base normativa y marco conceptual de la participación ciudadana

La participación ciudadana es una pieza fundamental del sistema democrático, el derecho político básico a intervenir activamente en la toma de decisio-

nes públicas. Tanto el artículo 21 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos como el artículo 25 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas estipulan que toda persona tiene el derecho a participar en el gobierno y en los asuntos públicos de su país, *directamente* o por medio de representantes libremente elegidos. Este derecho básico está recogido en las Constituciones de los actuales Estados democráticos. En el caso de España se refleja en el artículo 23.1 de la Constitución de 1978, complementado además por el artículo 9.2 que exige que los poderes públicos promuevan las condiciones que faciliten la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social, y remuevan los obstáculos que la dificulten.

Cabe distinguir entre conceptos más y menos exigentes, y también más y menos amplios de *participación*, en función de diferentes maneras de comprender la democracia. Según una definición mínima de democracia, tal como la perfila el filósofo italiano Norberto Bobbio, el régimen democrático consiste en «un conjunto de reglas procesales para la toma de decisiones colectivas en el que está prevista y propiciada la más amplia participación posible de los interesados» (Bobbio, 1986, p. 18). Es una comprensión formal de participación que incluye un conjunto de reglas alrededor del sufragio, tal como el igual peso de los votos, el requerimiento de alternativas reales, la información adecuada de los ciudadanos, etc. En este modelo mínimo de democracia no hay exigencias concretas en cuanto a la participación activa de los ciudadanos que vayan más allá del derecho al voto y del respeto de las reglas del proceso electoral.

Sin embargo, en una perspectiva filosófica, hablar de derechos implica también la referencia a deberes y responsabilidades, a compromisos cívicos y políticos de los ciudadanos, a su participación en los procesos democráticos, y no solamente en un sentido jurídico, sino también en una perspectiva ética y política. Conforme con esta consideración, en la segunda mitad del siglo xx la reivindicación de una cierta dimensión moral, o mejor dicho normativa, en la concepción del sistema democrático ganó cada vez más relevancia en el ámbito de la filosofía política. La aparición de los denominados «nuevos movimientos sociales» a partir de los años sesenta y setenta del siglo pasado, tales como el pacifismo, el ecologismo o el feminismo, supuso en la práctica

a. La autora forma parte de los grupos de investigación de los proyectos: *El desván de la Razón: Cultivo de las Pasiones, Identidades Éticas y Sociedades Digitales* (FFI2017-82535-P); *Vulnerabilidad Cognitiva, Verosimilitud y Verdad* (FFI2017-84826-P); y *Análisis científico, filosófico y social del COVID-19: Repercusión social, implicaciones éticas y cultura de la prevención frente a las pandemias* (CSIC-COV19-027).

una revisión a fondo de la comprensión formal de la democracia y la reivindicación del componente participativo de los ciudadanos en los procesos políticos. Una ulterior vuelta de tuerca vino con el llamado *giro deliberativo de la teoría de la democracia*: es decir, con el desarrollo de la idea de una democracia no solo más participativa sino también más reflexiva, con conceptos ambiciosos y exigentes de *ciudadanía activa*, *sociedad civil* y *esfera pública*, que incluyeron todo tipo de movimientos sociales e iniciativas cívicas (Velasco, 2011). Uno de los grandes representantes de este modelo de *democracia deliberativa* es el filósofo alemán Jürgen Habermas, aunque algunos aspectos de lo que se entiende por deliberación ya hayan sido objeto de reflexión filosófica mucho antes, incluso en siglos anteriores: ahí se encuentran, por ejemplo, las consideraciones de Tucídides sobre la importancia de la participación de los ciudadanos en los asuntos públicos (Tucídides, 1990) o la idea kantiana del uso público de la razón (por ejemplo, Kant, 2013).

La concepción ideal del proceso participativo en estos planteamientos de una democracia deliberativa consiste en un diálogo constructivo y argumentado entre los ciudadanos y las instituciones. Se trata de una forma de participación que va mucho más allá del mero sufragio pasivo y en conformidad con la comprensión de la democracia como un proceso colectivo de construcción: en definitiva, una democracia que debe ganarse y mantenerse. El punto clave de la deliberación está en un alto grado de reflexión y argumentación pública, tanto entre los políticos como entre los ciudadanos, en debates informados y el intercambio respetuoso de argumentos y opiniones. Además, resulta crucial la formación de espacios de interacción que permitan sopesar argumentos, buscar información, conocer distintos puntos de vista, identificar intereses comunes y acordar soluciones. Tal concepción del razonamiento público no se limita al mero intercambio de opiniones e intereses particulares, sino que exige también que los agentes políticos apelen a razones de interés general para sustanciar sus proyectos y preferencias, y que justifiquen sus posiciones y demandas (Habermas, 1998, p. 347). Una racionalidad así aplicada y contextualizada es el núcleo de la deliberación.

Realizar este ideal requiere en la práctica una actitud proactiva tanto por parte de los ciudadanos como por parte de los gobiernos. Esto significa que, en principio, los gobiernos tienen que crear espacios para la participación. De

hecho, en España encontramos el diseño de una gama amplia de mecanismos participativos, aunque apenas hayan sido institucionalizados. Algunos tienen una función meramente consultiva, otros son legalmente vinculantes y formalizados, como por ejemplo las conferencias de consenso, las encuestas deliberativas, los jurados ciudadanos, los presupuestos participativos, las iniciativas de ley, el referéndum, el plebiscito, las consultas públicas, o también la integración de consejos ciudadanos en organismos públicos para el diseño de políticas públicas. El objetivo que todos tienen en común es lograr una sociedad más democrática, incluyente y representativa (Martí, 2006).

A través de la siguiente clasificación de distintas funciones de los procesos participativos podemos identificar algunos conceptos clave que caracterizan el ideal de la participación ciudadana. Son precisamente estos conceptos los que se suelen aplicar para medir la calidad democrática del Estado. Entre las funciones más importantes de la participación hay que destacar las siguientes:

- Garantizar el *pluralismo* al tomar en cuenta las reivindicaciones y la importancia de los diferentes grupos sociales. De este modo aumenta el grado de *inclusión*.
- Tratar con la *diversidad* y *complejidad* de las sociedades actuales a través de *transversalidad* y *cooperación*.
- Promover la *proximidad* de los procesos políticos y con ello la adecuación de decisiones y medidas a las necesidades de los concernidos.
- Aumentar la *deliberación*, es decir, fomentar la información y comprensión de las diferentes opciones desde las que acordar el interés común y la libre discusión de ellas, primando la argumentación racional para construir acuerdos (*racionalidad*).
- Fomentar la *confianza* en las instituciones, recuperar el afecto ciudadano hacia lo público y luchar contra la apatía política (*identificación*).
- Controlar el poder, evitar abusos y *evaluar* la organización y gestión de los servicios públicos (*rendición de cuentas*).
- Dotar los proyectos públicos con mayor *legitimidad*, habiendo tomado en cuenta las inquietudes, necesidades e intereses de los ciudadanos (*legitimación*).

La lista pone de manifiesto que una mayor participación es beneficiosa y deseable para los gobiernos no solo desde el punto de vista moral sino también desde el pragmático, especialmente en un sistema de partidos con una diversidad de actores relevantes en el que el gobierno depende de diversas coaliciones y acuerdos.

Ciudadanía digital

Son cada vez más los procesos participativos que se desarrollan a través de plataformas digitales. Los ayuntamientos de Barcelona y Madrid, por ejemplo, han creado las infraestructuras digitales *Decidim Barcelona* y *Madrid Decide*. Además, hay muchas iniciativas de base que se concretan en plataformas, como por ejemplo *Change.org*. Había motivo para pensar que, hoy en día y por su gran alcance, Internet pudiera ser el espacio ideal para la participación ciudadana, incluso para acercarse a un modelo de democracia directa (Sunstein, 2003). La sociedad digital ha vuelto a poner de actualidad el viejo debate sobre democracia directa y democracia representativa, que se decantaba siempre a favor de la última, aunque solo fuera por la gran dificultad de reunir en un momento determinado a cientos de miles de ciudadanos en un territorio extenso. Sea deseable o no, la digitalización de la sociedad nos acercaría a la posibilidad de hacer realidad el ideal democrático.

Más allá de las ventajas que los ciudadanos pueden obtener de manera directa en la prestación de servicios, el mundo digital afecta al concepto de democracia y gobierno en la medida en que permite nuevas vías de participación y control por parte de los ciudadanos. Formas que se concretan desde la participación a través de medios electrónicos, por ejemplo en consultas populares y referendos telemáticos, hasta el acceso de los ciudadanos a sesiones de los órganos de representación o incluso la posible realización de elecciones vía Internet (Martí, 2008). La participación directa por medio de consultas populares y plataformas participativas ofrece nuevas posibilidades, sobre todo cuando se trata de temas elementales. No obstante, en cuestiones más complejas, se hace notar ya el riesgo de transformar al ciudadano en un consumidor que hace valer en primer lugar su perspectiva individual y pierde de vista la perspectiva general.

Sin duda, hay plataformas que hasta cierto punto fomentan la participación y la deliberación. Pero hay que ver también la otra cara de la moneda. A día de hoy, al hacer un balance, hay que constatar que Internet, en la misma manera que abre nuevas posibilidades de participación constructiva, resulta ser una amenaza para la democracia y la creación de una sociedad civil capaz de deliberar. La opinión pública, dominada por *influencers*, privilegia la emocionalidad y se vuelve más vulnerable al populismo y la manipulación, la *conspiranoia* y el negacionismo, la desinformación y el discurso de odio. Tanto las redes sociales como la polarización del actual escenario político han contribuido a la extrema fragmentación ideológica de la esfera pública, creando así universos en paralelo en un momento en que la cohesión social resulta crucial para frenar la propagación del virus y contrarrestar el impacto social y económico de la crisis. Las tácticas políticas se convierten cada vez más en estrategias de *marketing*, juegan con emociones y prejuicios, usan todas las herramientas retóricas del populismo y se aprovechan de mecanismos psicológicos que producen perspectivas altamente sesgadas. Sesgos cognitivos como el sesgo de confirmación, la polarización de grupo que radicaliza las opiniones, los efectos de repetición o la excitación afectiva alimentan así una serie de falacias informales que inhiben el razonamiento crítico. En el entorno digital, están además potenciados por el diseño algorítmico de las plataformas con sus cámaras de eco y filtros de burbuja.

Además, la formación de una cultura de deliberación y una esfera pública participativa requiere cierta ejemplaridad por parte de los protagonistas en el escenario político. Sin embargo, en vez de dar ejemplo a los ciudadanos de una práctica deliberativa que consiste en el intercambio de argumentos, en escuchar al otro y buscar soluciones en común, nos encontramos con una cultura política en la que el adversario político se convierte en enemigo y que se plantea como «una batalla entre el bien y el mal» (Innerarity, 2020), paralizando así cualquier debate sensato y equilibrado. Todo esto alimenta aún más un ambiente de desconfianza y sospecha que predomina no solo en las redes sociales sino también entre ciudadanos, frente a las instituciones públicas y frente a las medidas de contención. Y es precisamente esta polarización y desconfianza generalizada lo que dificulta la deliberación y bloquea el intercambio de argumentos. Un reciente estudio sobre la polarización en España

destaca que «las identidades (partidista, ideológica, territorial) polarizan más que las políticas públicas (fiscal, migratoria)» (Miller, 2020, p. 12). Esto significa que foros de deliberación centrados en políticas concretas podrían contribuir a rebajar la tensión y reducir el nivel de polarización siempre que se intente evitar o poner en segundo plano las cuestiones identitarias.

España es uno de los países con mayor polarización afectiva a nivel global (Gidron, Adams y Horne, 2020). El espacio específico de la deliberación está ahora impregnado de un ambiente de desconfianza, cargado de fuertes emociones negativas, un ambiente que dificulta el debate y la decisión razonable. Nos entregamos a una cultura de la sospecha en la que ya no somos capaces de distinguir entre manipulación y sinceridad. Esto nos llevaría, en términos kantianos, de vuelta al egoísmo y la insociabilidad. La formación de una esfera pública crítica consiste precisamente en lograr superar este antagonismo, en suprimir el egoísmo bajo una perspectiva pluralista en la que se reconoce la dignidad del otro ser humano que es nuestro conciudadano. Por lo tanto, la cultura de la desconfianza pone en peligro la función decisiva de la sociedad civil en tanto motor e instancia de control del discurso político.

Incertidumbre, confianza y responsabilidad

La pandemia de la COVID-19 ha desafiado nuestra arrogancia tecnológica, haciéndonos conscientes de nuestra vulnerabilidad e interdependencia, lo que pone de relieve la importancia de la confianza y la responsabilidad. Al mismo tiempo, las sociedades de la pandemia de la COVID-19 están profundamente marcadas por incertidumbres, desconfianza y temores que afectan al comportamiento social. La crisis actual ha arrancado a gran parte de la población de su ritmo acostumbrado, encerrando a las personas en espacios reducidos y estrechando los círculos de relación personal física. Las estrategias mentales para hacer frente al estado de emergencia varían mucho de un individuo a otro, pero todas tienen un punto de partida común: la confrontación con la propia vulnerabilidad. Los que antes hablaban de colectivos o sujetos vulnerables principalmente en tercera persona han tomado conciencia de lo que supone ser vulnerable en primera persona o estar preocupados

por personas cercanas, de lo que significa perder el control de la autoprotección y hacer frente a una amenaza invisible. Es una situación en la que la confianza de los ciudadanos en una gobernanza competente y en las instituciones públicas, sobre todo del sector de salud pública, resulta crucial.

Sin embargo, fuimos testigos de una evolución desfavorable de los niveles de confianza entre la ciudadanía española, una evolución caracterizada por la polarización y fragmentación de la sociedad civil. Se observa, por un lado, un incremento del impacto ideológico en la confianza o desconfianza de los ciudadanos y, por otro, la tendencia de ciertos sectores de la población a desarrollar una desconfianza generalizada que va de la mano con una indiferencia frente a la distinción entre verdad y mentira, entre el hecho y su interpretación.

La infodemia, la desinformación y el discurso de la posverdad han obstaculizado la aplicación efectiva de medidas restrictivas para contener el virus y han generado, en cambio, un incremento tanto de actitudes conspiranoicas y negacionistas, como de los movimientos anticiencia y antivacunas. Tendencias que son reforzadas por la polarización de la población y que a su vez la fomentan. Estos factores socavan la cohesión social, perturban la gobernabilidad de la crisis pandémica y bloquean el necesario diálogo entre la ciencia, la política y la sociedad, en un momento en que la confianza en la ciencia y la política es crucial para la aceptación social de medidas de control de la epidemia que restringen las libertades fundamentales.

La crisis de la COVID-19 es un caldo de cultivo idóneo para la desinformación. Nos protegemos del contagio comunicándonos a través de dispositivos digitales, pero al mismo tiempo nos encontramos expuestos a una amenaza viral que traspasa las pantallas y afecta las mentes mediante todo tipo de bulos y patrañas. Al igual que los virus biológicos, tienen sus vías de transmisión, sus huéspedes asintomáticos que actúan como distribuidores inocentes y los manipuladores de oficio. Su distribución en la red se rastrea mediante los mismos modelos epidemiológicos, evidenciándose un inquietante ritmo de propagación en el ecosistema digital con el que ningún virus biológico puede competir (Wagner, 2020).

La *infodemia* que acompaña la actual pandemia se ha convertido en una amenaza para la salud pública. Ahora más que nunca, necesitamos ciudadanos autónomos, bien informados, críticos y responsables, ciudadanos con inicia-

tivas sociales y, sobre todo, con ciertas virtudes epistémicas que ayuden a que los bloques polarizados vuelvan a intercambiar argumentos y buscar acuerdos. Es en la deliberación pública en donde se fomentan estas virtudes. La práctica deliberativa ayuda a diferenciar entre mera opinión y dato contrastado, transmite a los ciudadanos valores epistémicos, ayuda a moderar la parcialidad y promueve la transparencia. Fomenta además el conocimiento de perspectivas distintas y el respeto por los demás, y refuerza una cierta humildad epistémica. Y no nos olvidemos de que es una práctica. Tenemos que convertir la deliberación y la participación en una cultura democrática, en una práctica común. Una cultura deliberativa bien asentada que incluya la predisposición de revisar las propias convicciones ideológicas podría ser un fuerte antídoto contra la elevada polarización de la esfera política, que se retroalimenta de la desconfianza mutua.

Para hacer frente a los retos de la pandemia, se precisa un diálogo permanente y abierto entre ciencia, política y sociedad, un diálogo que genere confianza mutua, incluso sistémica. ¿En qué sentido mutua? La confianza en la ciencia es la base tanto para la aplicación de medidas restrictivas por parte de los gobiernos como para su aceptación en la sociedad. Y si no pudiéramos confiar en los ciudadanos, ninguna medida para frenar la propagación del virus tendría el impacto deseado. La confianza es uno de los recursos morales más importantes. Incluso podemos entender la ética como aquel campo de reflexión que promueve conductas que generen confianza (Cortina, 2003). Esta desempeña además una función epistémica, crucial para cualquier comunicación. Toda cooperación y adquisición de conocimiento se basa en la confianza (en nuestros padres, los profesores, los libros, las instituciones, la prensa, etc.), una confianza epistémica que no debe confundirse con una actitud conformista o acrítica. Todo lo contrario: sin confianza se diluyen las bases de la comunicación que permiten la discrepancia. La desconfianza generalizada socava el fundamento que posibilita la deliberación (Revault d'Allonnes, 2018). La cuestión estriba entonces en cómo convertir este círculo vicioso en círculo virtuoso.

La participación ciudadana como práctica democrática requiere la aceptación de ciertas reglas del discurso público, y no todos los grupos las respetan. Hemos destacado que los mecanismos de participación crean confianza y que

la confianza fomenta comportamientos responsables. Sin embargo, hay que demostrar responsabilidad también en el uso de los mecanismos de participación, abiertos a todos los grupos y movimientos en el seno de nuestra sociedad, sobre todo cuando está en juego la salud pública. Tenemos que entender de dónde viene la falta de responsabilidad ciudadana que se ha señalado tantas veces en los últimos meses, qué factores fomentan y en qué creencias se basan los comportamientos irresponsables. Para ello, resulta revelador estudiar el argumentario tanto de las teorías negacionistas y conspiranoicas como de los movimientos anticencia y antivacunas (Moreno Olmeda, Wagner y Aramayo, 2021).

Hoy en día, estos movimientos están estrechamente vinculados entre sí. En las manifestaciones contra las medidas de contención del virus que se han producido en muchos países se entremezclan además con formaciones políticas extremistas de corte autoritario cuando no xenófobo y machista, formando un cóctel explosivo. No hay coherencia entre los miedos, las convicciones y las creencias expuestas en estas manifestaciones debido a que la lógica interna de la conspiranoia no la requiere. Esta consiste precisamente en socavar la diferencia entre verdad y mentira, entre hecho y opinión. Se trata de movimientos que plantean un desafío enorme para la democracia, un reto que no tiene solución a corto plazo sino solo a través de la concienciación, la educación y la formación, lo cual pone de manifiesto la urgencia para reforzar a través de la educación pública la autonomía y el pensamiento crítico que proporciona la ética, así como una cultura deliberativa que fomente la confianza crítica e informada.

Bibliografía

- Bobbio N. El futuro de la democracia. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
- Cortina A. Construir confianza. Madrid: Trotta; 2003.
- Gidron N, Adams J, Horne W. American affective polarization in comparative perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.

- Habermas J. Historia y crítica de la opinión pública. Barcelona: Gustavo Gili; 1981.
- Habermas J. Facticidad y validez. Madrid: Trotta; 1998.
- Habermas J. Conciencia moral y acción comunicativa. Madrid: Trotta; 2008.
- Innerarity D. La democracia y la verdad. El País. 10 de septiembre 2020.
- Kant I. ¿Qué es la ilustración? Madrid: Alianza; 2013.
- Martí JL. La república deliberativa. Madrid: Marcial Pons; 2006.
- Martí JL. Alguna precisión sobre las nuevas tecnologías y la democracia deliberativa y participativa. IDP. Revista d'Internet, Dret i Política. 2008; 6: 3-12.
- Miller L. Polarización en España: más divididos por ideología e identidad que por políticas públicas. EsadeEcPol Insight #18. Octubre de 2020.
- Moreno Olmeda T, Wagner A, Aramayo R. Cambio climático y negacionismo como fronteras del futuro: los desmentidos de Filomena. The Conversation; 14 de enero de 2021. Disponible en: <https://theconversation.com/cambio-climatico-y-negacionismo-como-fronteras-del-futuro-los-desmentidos-de-filomena-153315>.
- ONU. Asamblea General. Declaración Universal de Derechos Humanos. 10 de diciembre de 1948, 217 A (III). Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>.
- ONU. Asamblea General. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. 16 de diciembre de 1966. <https://www.refworld.org/es/docid/5c92b8584.html>.
- Revault d'Allonnes M. La faiblesse du vrai. París: Seuil; 2018.
- Sunstein Cass R. República.com. Internet, democracia y libertad. Barcelona: Paidós; 2003.
- Tucídides. Historia de la Guerra del Peloponeso, vol. 1. Madrid: Gredos; 1990.
- Velasco JC. La fuerza pública de la razón. El papel de la deliberación en los procesos democráticos. En: Hoyos Vásquez G, Rueda Barrera EA, editores. Filosofía política: entre la religión y la democracia. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2011. pp. 55-96.
- Wagner A. Coronabulos, conspiranoia e infodemia: claves para sobrevivir a la posverdad. The Conversation. 27 de mayo de 2020. <https://theconversation.com/coronabulos-conspiranoia-e-infodemia-claves-para-sobrevivir-a-la-posverdad-139504>.

La participación desde las entidades

Jordi Giró

Presidente de la Confederación de Asociaciones Vecinales de Cataluña (CONFAVC)

Cataluña no dispone del mejor sistema sanitario del mundo, pero digamos que se acercaría si no fuera cojo; sí que ha sido ejemplar y ejemplarizante históricamente en dos aspectos claves de la política sanitaria, y no solo por la cualificada y reconocida preparación de sus profesionales, reconocida internacionalmente.

Hace más de cuarenta años, en el marco del X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, interpretando la definición de «salud» de la OMS, se elaboró la siguiente definición, que, para muchos, ha sido una guía de actuación y compromiso: «la salud es aquella forma de vida que es autónoma, solidaria y gozosa». Mucho más importante aún que esta famosa definición, para nosotros, la ciudadanía organizada, se puso de relieve, ni más ni menos, que este concepto está imbuido de un afán colectivo: «el individuo, el grupo y la comunidad no son sujetos pasivos de nuestra intervención, sino sujetos creadores de su propia salud y bienestar». Los retos que suponen estas definiciones no son un asunto menor.

En nuestro sistema sanitario, actualmente, la población ha ido asumiendo, paulatinamente y a rebufo de los cambios en la gestión política de la Conselleria de Salut, cada vez más responsabilidad en el mismo, como parte del sistema. En un doble rol: el de ciudadano y el de paciente, ambos generadores de derechos (propiedad del sistema, mantenimiento impositivo) y deberes (buen uso del sistema, cuidado de la propia salud y de los demás y, de forma proactiva, vigilancia y vela en la equidad y sostenibilidad del sistema).

Las organizaciones sin ánimo de lucro y otros tipos de entidades, como representantes de diferentes colectivos organizados, en nuestro caso de alcance nacional, también somos parte del sistema y, como parte, participamos del mismo, «para lo bueno y para lo malo», que dicen aquellos. Hay que recono-

cer, no obstante, que, en el ámbito de la política sanitaria, quizá también por la costumbre del debate en la práctica clínica de cada programa que se ha puesto en marcha en el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya desde sus inicios, en estos momentos disponemos de un órgano consultor, asesor, etc. en el que, con diferentes grados, se ha escuchado la voz de los pacientes, entidades, etc. Claro que esto también ha generado un buen número de «setas», organismos, comisiones coordinadoras de organismos, etc.; un tema que daría para otro artículo.

Al grano. Hoy por hoy, ¿cuáles son los instrumentos para hacer posible la participación de las entidades, en nuestro caso sin ánimo de lucro y fundamentada en el voluntariado y el asociacionismo? ¿Qué podemos aportar este tipo de organizaciones?

La participación ciudadana es el instrumento por excelencia que facilita esta colaboración en el sistema; un instrumento que, como cualquier otro, es utilizado con una finalidad concreta y bajo unos parámetros o protocolos establecidos.

Conviene recordar a menudo, en medio de tanto discurso y confusión, algunas características de lo que es la participación ciudadana; también de lo que no lo es. La clave es entender que comunicación, información, formación, resolución de conflictos, sesiones diagnósticas tipo DAFO y otros elementos, si bien forman parte, diría que de modo casi esencial, de cualquier acción o proceso participativo, por separado no son una acción participativa. Son elementos necesarios, pero no suficientes, que facilitarán la parte fundamental de todo el proceso: la deliberación.

En los procesos participativos en el ámbito de la salud y, no olvidemos, en el del bienestar, las entidades vecinales y el mismo sistema tenemos una dificultad añadida: el lenguaje, por no decir también la propia complejidad inherente al propio sistema.

Hacer circular una información inteligible no es una tarea fácil en el complejo sistema sanitario catalán. A pesar del enriquecimiento y el fomento de la inteligencia colectiva, necesita todavía otro de los factores clave, este sí definitorio en cualquier proceso participativo: la voluntad, en este caso voluntad

política. Pero, desgraciadamente, parece ser que en esta correlación de fuerzas en el sistema es a la sociedad civil, en un sentido amplio, a la que nos toca seducir los beneficios de estos procesos. Un buen resumen del catálogo de nuestras herramientas de seducción sería este:

- Sin participación no hay gobierno y mucho más si es necesario tomar decisiones complejas ante problemas complejos.
- La participación genera eficiencia, ya que nos avanzamos en el tiempo a los problemas futuros que podrían surgir y, por tanto, el desarrollo de las políticas es mucho más rápido porque ya se han expuesto, discutido y consensuado antes.
- Tenemos que olvidar la arraigada idea de que cada uno se dedique a lo que le toca o sabe hacer, y abrir paso hacia una forma de gobierno basada en que los problemas se han de abordar entre todas y todos.
- Es esencial fortalecer los valores cívicos y públicos. El progreso y la capacidad de innovación de una sociedad dependen de la densidad y diversidad de las interacciones efectuadas entre toda la población. Los valores de respeto, convivencia, confianza, solidaridad y colaboración son esenciales para construir una sociedad de todos y todas.
- Favoreceremos la revalorización de la política democrática y el papel de un gobierno representativo. El gobierno no solo dispone de competencias, sino también de incumbencias. Le incumbe todo lo que preocupa a la ciudadanía.
- Construiremos de forma conjunta, lo cual favorece el fortalecimiento del interés general. El interés general es una construcción colectiva que debe ser liderada por los políticos electos como representantes de la ciudadanía. La participación facilita que las necesidades y los retos de los ciudadanos y ciudadanas estén presentes tanto en la deliberación como en el desarrollo de las políticas, muy especialmente de aquellas que afectan a los sectores más vulnerables.
- La transparencia en la rendición de cuentas es también uno de los beneficios de la participación.
- Los espacios participativos tienen por objeto tratar cuestiones colectivas. No son sitios para hablar, tratar o atender problemáticas individuales y, por lo tanto, en estos espacios genéricos, las plataformas

NIMBY (Not in My Back Yard) no tienen cabida a no ser que las características del proceso lo contemplen.

- Tendremos que crear espacios donde se pueda escuchar, siempre, explicar, siempre, entender, siempre, y responder, siempre.
- Hay que romper con la exclusividad de las decisiones; nada afecta a un solo ámbito. En consecuencia, tenemos que abrir una vía de participación para poder escuchar las diferentes opiniones.
- Habrá que regular el proceso. No por una cuestión de autoridad, sino por una falta de hábitos de trabajar conjuntamente. ¿Quién lidera? ¿Quién se responsabiliza? ¿Quién coordina? ¿Cuál es el producto? Y, sí, costará algo de dinero.

Sin embargo, y pese a que por todo lo expuesto pareciera que estemos hablando de un proceso complicado, debemos decir que hay multitud de experiencias exitosas en este ámbito, en muchas de las cuales nuestra entidad ha participado activamente y de las que, si es necesario, podemos hablar al detalle en otro momento. Nuestra entidad ha participado activamente en el sistema de salud pública, contribuyendo en su momento en la implementación de la receta electrónica, la historia médica compartida, entre otros logros y, en la actualidad, en los planes estratégicos de salud de cada región sanitaria 2021-2025, estamos velando siempre por el principio de equidad territorial, haciéndonos oír en el proceso de consultas previas de la futura ley de desamiantado en Cataluña y en otros procesos abiertos como son los planes directores de salud mental.

Dos anotaciones más:

La primera: la raíz de «participación» es «parte», y esto nos ayuda a entender entre todas y todos que formamos parte de un sistema con más partes y que, con la mejor intención, estamos condenados a entendernos. Pero esto no significa que los procesos participativos sean una acción exclusivamente pensada para ejecutarse por vía administrativa o regulado por la Administración. La participación, ya lo hemos dicho y estructurado, está conformada por un conjunto de instrumentos. Con esta herramienta, por ejemplo, y mediante otra más (la Iniciativa Legislativa Popular), formaron parte de un proceso con más entidades que terminó en una aprobación por unanimidad del pleno del Parlament de Catalunya de la Renda Garantida de Ciutadania.

La segunda: aprovechar, no seríamos nosotros si no lo hiciéramos, para reivindicar, tal y como ya hemos hecho públicamente, la necesidad urgente de la firma de un Pacto Nacional de Salud con todas las fuerzas parlamentarias que confiera a dicho pacto el rango de desempeño de ley y que incluya entre otras medidas la reserva permanente en los presupuestos de la Generalitat de un mínimo del 10% del producto interior bruto.

Quiénes somos, cómo nos organizamos y con qué objetivos

Historia: escuelas de democracia. Las asociaciones de vecinas y vecinos nacen a finales de los años sesenta y principios de los setenta del siglo pasado. Había muchas necesidades básicas que subsanar en la mayoría de los barrios. Canalizaciones de cloacas, centros de salud y educativos, semáforos, asfaltado de calles, saneamiento, etc. Esto se estaba haciendo bajo un contexto de «cero» democracia.

Fuimos las primeras escuelas de democracia, porque formamos a activistas vecinales para poder afrontar todas estas situaciones. Muchas de estas personas ingresaron en los cuadros políticos y técnicos de los primeros ayuntamientos democráticos.

Las AVV (Asociaciones de Vecinos y Vecinas) como descentralizadoras de la incipiente democracia: pasamos de gestionar desde las emergencias de los barrios a la mejora del Estado del bienestar. Con el tiempo, nos fuimos constituyendo como órganos legítimos de representatividad de los barrios y, a su vez, de la interlocución, principalmente con los ayuntamientos.

La democracia se reforzaba con su descentralización, que recaía en una participación ciudadana a través del asociacionismo vecinal, fuertemente legitimado en los barrios.

Paulatinamente, el debate ya no radicaba tanto en las grandes carencias de los barrios (es decir gestionar emergencias), que, con el desarrollo económico iban a menos, sino en mejorar el Estado del bienestar del municipio desde una mirada más global e integral; así como también el sistema educativo (la

escuela ya se había conseguido) o el sistema sanitario (los primeros centros ambulatorios también se habían logrado) y la movilidad del barrio, cuando ya habían llegado los primeros autobuses a estas zonas o bien la red de metro.

Tras el boom de la participación ciudadana, después de Porto Alegre 1989, las asociaciones vecinales actuamos como correas de transmisión. También vivimos la llegada y la concesión del presupuesto participativo como un mecanismo de democracia directa, que nace en la ciudad de Porto Alegre, tras el acceso al poder del *Partido dos Trabalhadores* al gobierno brasileño y la voluntad de empoderar a las personas excluidas que no habían tenido voz.

En esta coyuntura, que llega a España en la época de «vacas gordas», es cuando se empiezan a generalizar los procesos participativos de la gestión municipal, empoderando a las personas como ciudadanos y ciudadanas que directamente pueden decidir.

En esta coyuntura, las asociaciones vecinales somos las correas de transmisión de este empoderamiento. Son ellas las que hacen la llamada al vecino y vecina de su barrio con el objetivo de que participen en estos procesos de decisión colectiva que vertebraron planes de salud o de movilidad, la conocida Agenda 21, etc. Sobresalimos de alguna forma como dinamizadoras de la participación ciudadana en el auge de la democracia más directa.

Vivimos también los peligros de este *boom* a flor de piel; al respecto, hubo una profundización en la democracia, pero también una expansión de la tecnocracia. Una multiplicidad de consejos de representación que no acaban teniendo una incidencia real, canales de participación que realmente no lo son.

Momentos de regresión. Sin lugar a dudas estas situaciones se vienen dando de forma demasiado regular, lo cual incide directamente en nuestra capacidad y calidad en la participación. Podríamos decir que en las últimas décadas hemos ido entrando en unos recortes de derechos y libertades. Uno de los más importantes afecta a la Ley de Régimen Local. Hay que recordar que, durante todo este periodo de democracia, los ayuntamientos van recogiendo y asumiendo diferentes retos y servicios para sus ciudadanos, lo que

llamamos la «construcción» de nuestros ayuntamientos. Con esos recortes se pone de manifiesto la desatención a la ciudadanía en muchos servicios de proximidad, que ya no podrán prestar directamente. Otra ley que también incide directamente en la calidad de la participación y la democracia es la llamada «ley mordaza», altamente restrictiva con respecto a las manifestaciones y reivindicaciones sociales. Tenemos a activistas vecinales afectados por sanciones y juicios relacionados con esta ley.

Nos organizamos. La CONFAVC (Confederación de Asociaciones Vecinales de Cataluña) se crea en 1988 como una visión estratégica del movimiento vecinal, al amparo de las Federaciones de Asociaciones Vecinales de diferentes ciudades y municipios de Cataluña. Se entiende como necesario disponer de una organización para tener una mayor incidencia política, no solamente a nivel local, sino también a nivel de país; es decir, una mayor repercusión en la transformación social y la mejora de la calidad de vida en nuestros barrios. La creación de esta confederación nos permite coordinar todo este movimiento vecinal organizado y una interlocución con el gobierno de la Generalitat de Catalunya.

Partimos de una asamblea general, donde se elige una junta directiva para un periodo de cuatro años. Esta es la que tiene que llevar adelante el plan de trabajo. A su vez existe un consejo federal, compuesto por todas y cada una de las federaciones, cuya misión es velar y seguir el trabajo de la junta directiva. Una de las características relevantes de nuestra CONFAVC es cómo consideramos que deben fluir las cosas: de abajo arriba y de arriba abajo. Puede sonar a recurrente, pero, por ejemplo, mi propio caso es bastante explícito y gráfico. Actualmente soy presidente de la CONFAVC, pero a la vez lo soy también de la Asociación de Vecinos del Barrio de la Villa Olímpica y estamos federados, lo cual nos permite conocer las situaciones que se dan en la base (barrio) y cómo se trasladan a la confederación, y viceversa. Sin lugar a dudas nos facilita estar conectados continuamente con la realidad, algo muy importante para poder buscar interlocución en las Administraciones, con propuestas o demandas.

Participación y espacios. A nivel formal podemos nombrar ámbitos de participación, ya sean locales o municipales, autonómicos, nacionales o, por

último, vecinales. La participación local es la más común y habitual por la proximidad con los ayuntamientos, en definitiva, por naturaleza. La autonómica, más institucional, nos permite una interlocución, a veces interesante, sobre todo cuando se tramitan anteproyectos de ley y podemos participar durante el proceso. También estamos presentes en procesos emprendidos por la propia iniciativa de diferentes movimientos, reglados o no, que, por ejemplo, han permitido alcanzar la aprobación casi unánime del Parlament, como la RGC o Renda Garantida de Ciutadania. Aunque lo que está costando es una implantación más ágil. En el espacio nacional, un gran éxito fue la Iniciativa Legislativa Popular para la dación en pago de la vivienda después de la recogida de 1,4 millones de firmas, con objeto de que fuera admitida a trámite en el Congreso de los Diputados de Madrid. Iniciativa con una considerable base social y, cómo no, incluido también el movimiento vecinal. Por último, con respecto a la participación de los vecinos y vecinas, que nace directamente desde el propio territorio, algunas veces de forma espontánea y otras reglada, pero siempre con una visión comunitaria, podríamos citar el impulso de una consulta ciudadana para el cambio de nombre de una plaza y otro para la aceptación de una sala de oración del colectivo musulmán, ambos en Barcelona. Son dos ejemplos que nacen de la propia red vecinal y no de la Administración.

Participación en salud. Actualmente hemos estado trabajando en el Plan de refuerzo y transformación de la Atención Primaria, de modo muy institucional. En este ámbito la participación es muy formal, y en muchos casos no tenemos el canal para poder trasladar nuestras reivindicaciones y propuestas relativas a diferentes aspectos de la salud o la sanidad. En los últimos tiempos estamos teniendo casos, en determinados centros de salud, de una supresión de pediatras, o bien el cierre de centros de atención primaria, sin poder interlocutar con la propia Administración para abordar estas situaciones y otras que vayan surgiendo.

Durante este tiempo de pandemia, desde la CONFAVC hemos estado trabajando en un programa al que denominamos «Cuidémonos desde los barrios». Lo primero de todo, nos hemos puesto a disposición de las autoridades sanitarias a fin de ayudar en diferentes menesteres con nuestra red de asociaciones vecinales, activando también una relación directa con las llamadas «redes

de soporte mutuo», tanto para temas de suministro de alimentos, de soporte a la soledad o de ayuda en la compra de medicamentos, entre otros apoyos. La Administración sanitaria, sin embargo, no ha dado respuesta a tal ofrecimiento.

El futuro, como reto. Sin duda, este es un punto esencial e imprescindible que toda organización debe abordar, mucho más en la nuestra. El envejecimiento, la digitalización, las nuevas formas de comunicación y gobernanza, la igualdad de género y seguramente muchas más cuestiones son elementos básicos que hay que afrontar. Desde la CONFAVC, hace dos años, iniciamos un plan, el «Marco estratégico 2023», que ni más ni menos supone cómo entendemos desde el movimiento vecinal lo que tiene que ser la CONFAVC en 2023. Se trata de una relectura de nuestra misión, de nuestro enfoque y valores, pero también de una reflexión renovada en torno a la gobernanza, la comunicación, la formación y la participación social. Confiamos en que todo ello actualizará nuestra mirada, enfocándola hacia los retos de los nuevos tiempos. Esperamos captar así nuevos talentos y nuevos liderazgos de género que proyecten hacia el futuro una confederación dotada de una experiencia y fortaleza que sea capaz de afrontar todos los retos que nos encontremos en el camino.

Paternalismo y libertad

La limitación de derechos fundamentales por razones de salud pública

Josefa Cantero

*Profesora titular de Derecho Administrativo UCLM.
Presidenta de SESPAS*

I. Introducción. El principio de *salus publica suprema lex esto*

La Administración pública tiene encomendada la función constitucional de salvaguardar el interés general, representado en este caso en la salud de la población como bien jurídicamente protegido. El derecho a la protección de la salud aparece definido en el art. 43 de la Carta Magna como un principio rector de la actividad económica del país, junto con el encargo a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud de la población a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En cumplimiento de estos objetivos y ante la gravedad de una pandemia de dimensiones desconocidas, nuestros poderes públicos se han visto obligados a adoptar una serie de medidas que no estaban expresamente previstas en nuestro ordenamiento jurídico y que inciden directamente en la esfera jurídica del particular, limitando de forma muy importante su esfera de libertad. Todas ellas vendrían amparadas en el principio de *salus publica suprema lex esto*, es decir, la búsqueda prudencial del interés público, que debe ser prioritaria a la hora de lidiar con las emergencias, aunque, como advierte Farrés Juste, la traducción de *salus* por «salud pública» es demasiado apresurada y reduccionista, pues tiene un alcance mucho más amplio, que abarca al bien común de la sociedad.¹ En circunstancias excepcionales, de urgencia o de calamidad pública, como señala García de Enterría, deben primar los valores más elementales y profundos, la fraternidad de los humanos ante la vida sobre la formalidad de

las competencias, los procedimientos y la legalidad en el uso de los poderes públicos.²

Los estrictos confinamientos domiciliarios que han durado varios meses, los confinamientos perimetrales que impiden salir de una comunidad autónoma (de un municipio, de un barrio o del perímetro de un área de salud), las limitaciones del derecho de reunión, los toques de queda nocturnos o las cuarentenas son simplemente algunas de estas medidas. Por el momento, y a la espera de una vacunación masiva de la población, se han adverbado como las únicas medidas eficaces para controlar la curva de contagios, evitar el colapso del servicio público sanitario, salvar la vida de las personas y limitar los efectos de una pandemia de dimensiones desconocidas hasta la fecha.³ Todas ellas responden a una nota común. Se caracterizan por incidir de forma intensa y directa en la esfera de libertad de los ciudadanos, por limitar de un modo importante sus derechos fundamentales de libertad de circulación, libertad de reunión, libertad de culto, etc.

Estas medidas han vuelto a sacar al debate jurídico y social la espinosa cuestión relativa a la tensión entre los derechos y libertades fundamentales y la salud pública. Se trata de una de las cuestiones más complejas y delicadas del Estado de derecho y del derecho administrativo. Son muchos los interrogantes que se plantean: ¿de qué modo es compatible la salud pública con la libertad individual? ¿Cómo se aborda en nuestro actual marco jurídico la posibilidad de intervención de la Administración en los derechos fundamentales? ¿Qué límites presenta la salud pública y cómo se pueden justificar jurídicamente? A ello trataremos de contestar en las siguientes páginas partiendo de la idea básica de que la salud pública es un bien jurídico con especial relevancia para limitar derechos fundamentales, que encuentra expresión en la propia Constitución, en la garantía del Estado social. Se trataría de un bien jurídico inmanente que implica un límite no escrito a los derechos fundamentales.⁴ No solo el principio de *salus publica suprema lex esto* permitiría habilitar una respuesta inmediata limitativa de estos derechos fundamentales ante una situación de necesidad sanitaria, sino que además existe suficiente fundamento constitucional para ello. La tipificación mediante ley orgánica, la previsibilidad y certeza de las medidas de intervención, el sistema de garantías para los ciudadanos, así como la aplicación de los principios de seguridad

jurídica, proporcionalidad y precaución, serían una exigencia ineludible de nuestro Estado de derecho.

Por el momento, puede decirse que esta tensión se ha resuelto claramente a favor de la salud pública. Y ello porque la salud, como bien constitucionalmente protegido, tiene una «importancia singular» en nuestra Constitución, en la medida en que está estrechamente relacionada con el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y tiene una vinculación inmediata con la dignidad humana como valor superior de nuestro ordenamiento jurídico (ATC^a 239/2012, de 12 de diciembre, y ATC 114/2014, de 8 de abril). Ante esta vinculación entre el principio rector del art. 43 CE y su art. 15, que recoge el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral, en el sentido de lo reconocido por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (por todos, el asunto VO c. Francia de 8 de julio de 2004), «resulta evidente que los intereses generales y públicos, vinculados a la promoción y garantía del derecho a la salud, son intereses asociados a la defensa de bienes constitucionales particularmente sensibles» (STC^b 126/2008, de 27 de octubre). Como se ha señalado, la salud pública se nos habría quedado incluso corta y habría que buscar un nuevo interés público, un nuevo bien jurídico más relevante, como sería el de la propia supervivencia de la especie humana.⁵

Sin embargo, la adopción de estas medidas de intervención es muy problemática porque no disponemos de un marco jurídico adecuado que les dé cobertura. Ni están tipificadas adecuadamente ni su régimen jurídico ha sido convenientemente perfilado por el legislador orgánico. Además, plantean el problema de determinar su encaje en nuestro actual marco constitucional pues, como es sabido, los derechos fundamentales tienen un contenido esencial que vincula al propio legislador (art. 53.1 CE) y no pueden ser suspendidos si no es con la cobertura jurídica de la declaración del estado de excepción o de sitio (art. 55 CE). A día de hoy puede decirse que la tensión entre la salud y las libertades fundamentales se está afrontando básicamente desde la anormalidad o excepcionalidad, mediante la declaración del estado de alarma. Además, esta nueva vía convive con toda normalidad con la aplicación

del marco jurídico que prevé la Ley Orgánica 3/1986 de medidas especiales en materia de salud pública. Se trata de dos sistemas que se están aplicando en paralelo, con consecuencias jurídicas muy diferentes para los ciudadanos en cuanto a sus posibilidades de tutela judicial. En este sentido, puede decirse que la pandemia sanitaria está causando también una pandemia jurídica, si nos atenemos a los importantes problemas y retos jurídicos que plantea.

La existencia de dos modelos diferentes que actúan en paralelo para regular un mismo fenómeno no deja de ser, bajo mi punto de vista, una anomalía jurídica, causante de importantes problemas y generadoras de una situación de cierta inseguridad jurídica. Las consecuencias de optar por una u otra vía son muy diferentes. Si se opta por la vía del estado de alarma, se limitan considerablemente las posibilidades de defensa del ciudadano en la medida en que, como declaró la STC de 28 de abril de 2016, la decisión gubernamental por la que se declara el estado de alarma, aunque se formalice mediante un Real Decreto del Consejo de Ministros, tiene por imperativo constitucional valor normativo e importantes efectos jurídicos, al reconocérsele valor de ley. La consecuencia inmediata de ello es la imposibilidad de impugnar el Real Decreto ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. Solo podrá ser impugnada ante el Tribunal Constitucional, por lo que le está vetado el acceso a los ciudadanos. Por el contrario, si se opta por limitar las libertades fundamentales a través de la vía de la Ley Orgánica de 1986, las medidas deben ser previamente autorizadas o ratificadas por el juez de lo Contencioso-Administrativo. La falta de ratificación judicial impide la ejecución de las medidas y, con ello, la tutela del interés general. Ya ha pasado en el caso de Madrid y motivó la declaración territorializada de un estado de alarma solo para esa comunidad autónoma.

II. La limitación de los derechos fundamentales a través de la vía excepcional del estado de alarma

Cuando se trata de afectar a las cosas, a los derechos de naturaleza económica o patrimonial de las personas, el marco jurídico previsto en nuestras nor-

a. Auto del Tribunal Constitucional.

b. Sentencia del Tribunal Constitucional.

mas ordinarias ofrece una respuesta detallada. El art. 26 de la Ley 14/1986 General de Sanidad prevé que, en el caso de que exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo inminente y extraordinario para la salud, se puedan adoptar las medidas que se estimen pertinentes y, entre otras, la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales. Estas medidas se reproducen también como medidas cautelares en el art. 54 de la Ley 3/2011 General de Salud Pública que, por cierto, atribuye al Ministerio de Sanidad, como autoridad sanitaria estatal, la potestad de adoptar cuantas medidas de intervención especial resulten necesarias en materia de salud pública por razones sanitarias de urgencia o necesidad o ante circunstancias de carácter extraordinario que representen riesgo evidente para la salud de la población (art. 52).

Distinta es la respuesta cuando la salvaguarda de la salud pública afecta directamente a las personas y se afronta mediante la restricción de su libertad y de sus derechos fundamentales. Especialmente problemáticas son las limitaciones que tienen como destinatario, no a una o varias personas concretas e individualizables, sino que se aplican de forma generalizada e indiscriminada a toda la población nacional o a la población de determinados territorios y que, si bien no suponen jurídicamente una suspensión temporal de derechos fundamentales, sí implican una limitación muy intensa de ellos. Nuestro Tribunal Constitucional ha declarado de forma inconcusa, entre otras muchas en sus Sentencias 212/1996, de 19 de diciembre, 116/1999, de 17 de junio, o 37/2011, de 28 de marzo, que nuestro modelo de Estado de derecho implica, no solo «la obligación negativa del Estado de no lesionar la esfera individual o institucional protegida por los derechos fundamentales, sino también la obligación positiva de contribuir a la eficacia de tales derechos, y de los valores que representan, aun cuando no exista una pretensión subjetiva por parte del ciudadano».

En este contexto, el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, declaró el estado de alarma y permitió hacer frente a la situación de emergencia sanitaria con la aplicación de intensas medidas de intervención que supusieron limitaciones de deambulación y un estricto confinamiento domiciliario, que permitía salir del domicilio solo para realizar actividades tasadas. Por vez primera en

nuestra etapa constitucional se aplicaban estas medidas de forma generalizada a toda la población al considerarse que resultaban imprescindibles para proteger la salud y seguridad de los ciudadanos, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública, evitando su colapso. En las semanas previas, ya algunas comunidades autónomas habían adoptado también algunas medidas drásticas que afectaban de modo directo a las condiciones de ejercicio del derecho a la educación, utilizando la cláusula genérica de intervención que prevé el art. 3 de la Ley Orgánica 3/1986 de medidas especiales en materia de salud pública, que requiere su previa autorización o ratificación judicial.

Una vez concluido el proceso de desescalada y decretado el fin de la vigencia del primer estado de alarma, se siguieron adoptando medidas dirigidas a controlar los brotes y frenar los contagios. Algunas medidas de intervención han sido sumamente polémicas, tal como ha sucedido con la Orden SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Sobre esta cuestión se ha pronunciado la STS de 20 de noviembre de 2020, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta, que ha considerado legítima la obligación de usar la mascarilla porque, en el actual estado de conocimiento de propagación del coronavirus, es necesaria y proporcional para alcanzar el fin de interés general de protección de la salud y de contención de la progresión de la pandemia. Recuerda, además, que se parte de la presunción de que las medidas adoptadas por los poderes públicos tienden a la supervivencia de la comunidad y, entre ellas, se encuentra el uso generalizado de mascarillas como medida «barrera» de protección. En todo caso, se trata de una medida que ha sido también adoptada por otros Estados miembros de la Unión Europea y por muchos países a nivel mundial.

Entre otros muchos reproches jurídicos, el recurrente alegaba la violación de su derecho a la integridad física por no exigir el consentimiento para el uso de la mascarilla y del derecho de libertad individual del art. 17 de la Constitución, que ampararía la pretensión individual del recurrente de contraer el virus para adquirir inmunidad. El Tribunal, no obstante, rechaza de plano este argumento y señala que el uso obligatorio de la mascarilla no afecta al derecho al consentimiento informado al que se refiere el art. 4 de la

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente, pues no se trata de una intervención médica, sino de un mero «método barrera» que no provoca riesgos generales para la salud de la persona que las usa. Por lo que respecta a la afectación del derecho a la libertad, dirá la Sala que «la intervención estatal en la libertad individual y en el ámbito de la integridad personal física y moral mediante el uso de la mascarilla resulta proporcionada a los fines buscados: la protección de la salud de los ciudadanos considerados en su globalidad, así como una protección terapéutica no especialmente invasiva. Debe prevalecer el objetivo constitucional de protección de la salud de todos, art. 43 CE, que comprende la integridad física y moral».

El Real Decreto-Ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, siguió en esta misma línea de imposición de medidas de higiene y cautelas para evitar generar riesgos de propagación de la enfermedad o de exponerse a los mismos; estableció planes y estrategias de actuación en virtud de los distintos niveles de riesgo de transmisión comunitaria, a través de las llamadas actuaciones coordinadas en salud pública, etc. Este conjunto de medidas, dirigido a prevenir situaciones de riesgo, intensificar las capacidades de seguimiento y vigilancia de la epidemia y reforzar los servicios asistenciales y de salud pública, había permitido hasta ese momento ofrecer respuestas apropiadas y proporcionales al interés público perseguido: la salud de la población. No obstante, el aumento descontrolado de casos que se produjo en otoño ha llevado a una nueva declaración del estado de alarma que configura un nuevo listado de intensas medidas de intervención a favor de las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas.⁶ Todas ellas suponen una importante limitación de los derechos fundamentales.

Efectivamente, el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, ha tenido en cuenta los preocupantes indicadores epidemiológicos y asistenciales para introducir diferentes medidas de salud pública de carácter no farmacológico, que han sido propuestas y recomendadas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC, en sus siglas en inglés) y que han aplicado también la mayor parte de

los países de nuestro entorno. En este sentido, se consideran eficaces y apropiadas para cortar cadenas de contagios medidas como la limitación de circulación, restricciones del número de personas no convivientes, la relación en burbujas sociales estructuradas en grupos de convivencia, etc. Además, partiendo de la base de que la efectividad de cualquier intervención aislada puede ser limitada, recomienda la combinación de varias de ellas.

Todas estas «intervenciones no farmacológicas» son medidas limitativas de derechos fundamentales que tratan de evitar la agrupación de personas sin relación de convivencia y de mantener el distanciamiento entre ellas, así como de reducir la movilidad de las poblaciones, ya que esta favorece de forma importante la circulación del virus SARS-CoV-2 entre los distintos territorios. El estudio de los brotes notificados por las comunidades autónomas revela que los focos de contagio actual se producen en los encuentros familiares y sociales. De ahí que la limitación del tamaño de los grupos en lugares públicos y privados y la reducción de contactos entre personas no convivientes forman parte del conjunto de medidas sociales y de salud pública de la estrategia integral de lucha contra la pandemia.

Las medidas limitativas de derechos fundamentales son exclusivamente las previstas en el Real Decreto de estado de alarma, que pueden ser moduladas y flexibilizadas en atención a las concretas circunstancias de cada territorio y en los términos que prevé cada una de las medidas de intervención. Es decir, la falta de un marco jurídico adecuado ha llevado impropiamente, a mi juicio, a la utilización del estado de alarma como norma de cobertura jurídica de las potestades de intervención de las comunidades autónomas en la esfera de libertad de sus ciudadanos. No se ha previsto una de las más polémicas e intensas como es la del confinamiento domiciliario. El listado de herramientas de intervención es el siguiente:

En primer lugar, el llamado toque de queda o limitación de la libre circulación de las personas en horario nocturno, aunque permite la realización de determinadas actividades tasadas previstas en el art. 5 del Real Decreto. Durante la actividad nocturna se ha observado un relajamiento importante en el cumplimiento de las medidas estipuladas para evitar la transmisión del SARS-CoV-2. En este sentido, buena parte de los encuentros de riesgo se pro-

ducen por la noche, de acuerdo con la información facilitada por las comunidades autónomas, lo que reduce sustancialmente la eficacia de otras medidas de control implementadas. Por ese motivo, la restricción de la movilidad nocturna se considera una medida proporcionada con un potencial impacto positivo en el control de la transmisión, al evitarse situaciones de contacto de riesgo vinculadas a encuentros sociales. Permite cierta libertad de la comunidad autónoma para decidir la franja que podrá tener lugar, para su inicio, entre las 22.00 y las 00.00 horas y para su finalización, entre las 5.00 y las 7.00 horas. Con ella se pretende un fin legítimo como es evitar al máximo la expansión de la infección durante esa franja horaria.

En segundo lugar, la limitación del derecho a circulación por el territorio nacional, impidiendo la entrada y salida de los territorios de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de autonomía, así como de ámbitos territoriales de carácter geográficamente inferior, cuando ello sea necesario y con ciertas excepciones determinadas expresamente en el art. 6 del Real Decreto. Con esta medida de confinamiento perimetral se persigue reducir sustancialmente la movilidad del virus, pero supone una restricción muy importante y directa de la libertad de deambulación garantizada en el art. 19 de la Constitución, que consagra el derecho de todos los españoles a elegir libremente su residencia, a circular por el territorio nacional y a entrar y salir libremente de España en los términos que la ley establezca, sin que dicho derecho pueda ser limitado por motivos políticos o ideológicos.

En tercer lugar, se establece la potestad de limitar el derecho fundamental de reunión a través de la limitación de la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados. Esta permanencia queda condicionada a que no se supere el número máximo de seis personas, salvo que se trate de convivientes y sin perjuicio de las excepciones que se establezcan en relación con dependencias, instalaciones y establecimientos abiertos al público. Asimismo, se habilita para limitar, condicionar o prohibir el derecho fundamental de reunión previsto en el art. 21 de la Constitución cuando en la previa comunicación presentada por los promotores no quede garantizada la distancia personal necesaria para impedir los contagios. Esta medida de intervención puede ser especialmente problemática. Podría ser considerada como una importante anomalía jurídica, toda vez que el art. 2 de la Ley Orgánica

9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, no somete este tipo de reuniones familiares y privadas a ningún tipo de restricción. Su tenor es claro. Se podrá ejercer el derecho de reunión libremente y sin sujeción a las prescripciones de dicha ley orgánica, cuando se trate de reuniones que celebren las personas físicas en sus propios domicilios y las que celebren las personas físicas en locales públicos o privados por razones familiares o de amistad. Las nuevas medidas de intervención contradicen el tenor del precepto, salvo que se haga un importante esfuerzo de argumentación jurídica y se justifique esta medida en el carácter normativo y la capacidad para modificar el ordenamiento jurídico de la declaración del estado de alarma.

Por otra parte, también ha planteado problemas la suspensión del derecho de manifestación mediante la declaración del estado de alarma, pues este estado excepcional no permite la suspensión de este derecho. Aunque ha habido una jurisprudencia muy casuística y, en no pocas ocasiones, contradictoria, sobre ello se pronunció la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de 30 de abril de 2020, Sala de lo Contencioso-Administrativo, ante una concentración sindical que había sido convocada para conmemorar el 1 de mayo en Pamplona y que revocó la prohibición decretada por el delegado del Gobierno en Navarra. Entre otros argumentos, se tienen en cuenta el escaso riesgo de contagio dado lo peculiar de la reunión, pues se trataba de una concentración estática, de no más de seis personas y de no más de cuarenta minutos, que se habían comprometido para adoptar medidas de protección para evitar contagios. Con el mismo sentido se pronunció también el Auto del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 30 de abril de 2020, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), considerando que ni la declaración del estado de alarma ni la Ley Orgánica de 1986 servían de cobertura para suspender el derecho de reunión: «la propia LO 4/1981 se remite a la normativa sanitaria, pero obviamente tal remisión, en lo que al estado de alarma se refiere, no puede dar lo que no tiene. Es decir, si no se prevé la suspensión de derechos en el estado de alarma, no puede producirse esta por otra ley, a menos que tenga una habilitación constitucional, que ya hemos visto que no existe en el art. 55 CE».

En distinto sentido se pronunció el Auto del Tribunal Constitucional de 30 de abril de 2020, que inadmitió el recurso de amparo presentado por la Central

Unitaria de Trabajadores/as (CUT), contra la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, dictada en relación con la comunicación al subdelegado del Gobierno de Pontevedra de la celebración de una manifestación el 1 de mayo de 2020 en Vigo, que se iba a practicar dentro de los vehículos particulares de los manifestantes. En este caso se había previsto un desplazamiento en vehículos particulares, sin haberse tenido en cuenta otras medidas adicionales de control de transmisión del coronavirus ni para evitar los problemas de una eventual concentración de automóviles que podría producirse si existiera una masiva respuesta a la convocatoria. El itinerario elegido por los convocantes suponía ocupar durante varias horas la vía principal de circulación automovilística de la ciudad, dividiéndola en dos y, eventualmente, limitando el acceso a los hospitales que se encuentran en la parte alta de la ciudad de las personas que viven en la zona más cercana a la costa. En una situación de alerta sanitaria, la libre circulación de los servicios de ambulancias o emergencias médicas, y el libre acceso a los hospitales es un elemento a tener en cuenta a la hora de valorar la proporcionalidad de la limitación de ejercicio del derecho de manifestación.

El Tribunal entiende que con esta medida limitativa no se trata de garantizar el mantenimiento del orden público, sino de garantizar el derecho a la integridad física y la salud de las personas. Por eso nos encontramos en un nuevo escenario en que los límites al ejercicio de los derechos, que indudablemente se dan, se imponen por la necesidad de evitar que el ejercicio extralimitado del derecho pueda entrar en colisión con otros valores constitucionales (STC 42/2000, de 14 de febrero). En este caso los valores de la vida, la salud y la defensa de un sistema de asistencia sanitaria cuyos limitados recursos es necesario garantizar adecuadamente. A su juicio, la limitación del ejercicio del derecho tiene una finalidad que no solo ha de reputarse como legítima, sino que además tiene bastante cobertura constitucional en los arts. 15 CE (garantía de la integridad física de las personas) y 43 CE (protección de la salud), ambos tan intensamente conectados que es difícil imaginarlos por separado, máxime en las actuales circunstancias. Es aquí donde la finalidad de la medida restrictiva del ejercicio del derecho confluye con la justificación de la declaración del estado de alarma. Las razones que sustentan ambas son idénticas y buscan limitar el impacto que, en la salud de los seres

humanos, en su integridad física y en su derecho a la vida, pueda tener la propagación de la COVID-19.

Por último, se tipifica también como potestad de intervención autonómica la limitación del ejercicio colectivo del derecho de libertad religiosa consagrado en el art. 16 de la Constitución, consistente en la restricción a la permanencia de personas en lugares de culto. En este caso, la medida se basa en la fijación de aforos para las reuniones, celebraciones y encuentros religiosos, atendiendo al riesgo de transmisión que pudiera resultar de los encuentros colectivos. Aunque se especifica que dicha limitación no puede afectar en ningún caso al ejercicio privado e individual de la libertad religiosa, qué duda cabe de que limita el derecho fundamental en su vertiente de ejercicio de derecho colectivo.

Por lo demás, la propia norma recomienda a las autoridades sanitarias autonómicas que sigan adoptando otras medidas que también sean necesarias para afrontar la situación de emergencia de salud pública, en virtud de lo previsto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, así como en la normativa autonómica correspondiente. No deja de ser una anomalía jurídica la existencia de un sistema de intervención tan intenso y extenso que funciona en paralelo y con consecuencias jurídicas muy diferentes.

En todo caso, conviene tener en cuenta que la declaración del estado de alarma es una institución excepcional prevista en la Constitución para hacer frente de forma inmediata a problemas que no pueden solucionarse con los recursos ordinarios. Normalizarla durante seis meses supone utilizarla como un mecanismo ordinario para atribuir a las comunidades autónomas potestades de intervención en los derechos fundamentales. Ello, cuando menos, resulta una anomalía jurídica generadora de notables disfunciones del modelo. Además, conlleva importantes consecuencias jurídicas en cuanto a su control judicial. Por un lado, en virtud del valor y fuerza de ley que tiene la declaración del estado de alarma y sus prórrogas, las modalidades de intervención administrativa que tipifican no pueden ser impugnadas ante la jurisdicción ordinaria (STC 83/2016, de 28 de abril). Asumen automáticamente el

valor de ley y solo pueden ser controladas ante el Tribunal Constitucional. Por otro, en el esquema de intervención diseñado en el Real Decreto, la adopción de medidas por parte de las comunidades autónomas no está subordinada a la previa autorización o ratificación por parte del juez ni sometida a los procedimientos administrativos.

III. Los problemas de la utilización de la Ley Orgánica de medidas especiales en materia de salud pública

El argumento de la *salus populi suprema lex esto* se ha utilizado clásicamente como pretexto para la limitación de derechos y libertades fundamentales en casos de urgencia y necesidad. Esta filosofía podemos decir que inspiró la elaboración de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública. Se trata de una norma muy breve y escueta a la que la doctrina había prestado una escasa atención. Realmente no ha sido utilizada en muchas ocasiones y siempre para casos concretos que posibilitan un control judicial. Aunque esta norma orgánica no establecía ninguna cautela procesal, fue completada con la introducción de una previa autorización o medida de ratificación por parte del juez de lo Contencioso-Administrativo, lo que ha sido fuente de importantes disfunciones en este sistema de protección de la salud pública.

La combinación de esta ley con la legislación ordinaria sobre los derechos de autonomía del paciente nos permite analizar cómo se soluciona la tensión que en ocasiones se produce entre derechos y libertades fundamentales y la salud pública, especialmente en relación con el derecho fundamental a la integridad física. Este derecho se manifiesta a través de la técnica del consentimiento informado.⁷ Las intervenciones médicas que se realizan sin contar con el expreso consentimiento informado del paciente constituyen una lesión de su derecho fundamental a la integridad física. Sobre ello se pronunció la STC 37/2011, de 28 de marzo, que permitió clarificar el papel que juega la institución de consentimiento como mecanismo o herramienta prevista por el legislador para garantizar la efectividad del principio de autonomía de la voluntad

del paciente y de su derecho a la integridad física. La facultad de elección es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, incluso aunque pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, caso Pretty c. Reino Unido), y también por nuestro Tribunal Constitucional en sus Sentencias 154/2002, de 18 de julio, y 37/2011, de 28 de marzo. En estos supuestos, nuestro ordenamiento jurídico sacrifica este derecho fundamental cuando puede estar en riesgo el bien común, la salud pública, que actuaría como límite o excepción del consentimiento informado, habilitando directamente al profesional sanitario para llevar a cabo intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente. Este supuesto requiere la intervención judicial. Una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de la persona. Según esta norma, solo existe obligación de comunicar la intervención al juez si existe privación del derecho fundamental de libertad de circulación.

En este caso, ningún reproche podría hacerse respecto del cumplimiento de las garantías de nuestro Estado de derecho. La Administración sanitaria puede usar esta importante actuación de intervención en la esfera jurídica del particular porque así lo ha previsto expresamente el legislador. La limitación del derecho fundamental a la integridad física del paciente está específicamente prevista por el legislador ordinario, en estrecha colaboración con el legislador orgánico. Se tipifica y delimita perfectamente el supuesto de hecho y la consecuencia jurídica y, al venir referida a una o varias personas concretas e identificables, la limitación se realiza con todas las garantías jurídicas y previa autorización o ratificación del juez de lo Contencioso-Administrativo. En este sentido, podríamos afirmar que la doctrina constitucional vendría a avalar la aplicación forzosa de tratamiento médico a las personas contagiadas por el coronavirus que se han negado a recibirlo e incluso su eventual internamiento en un hospital en contra de su voluntad. Este supuesto de limitación individual de derechos fundamentales es posiblemente el menos problemático porque está expresamente previsto por el legislador y además existe

jurisprudencia que lo avalaría. Distinta es la situación que podría plantearse respecto a la vacuna contra la COVID-19 en caso de que quisiera imponerse de forma masiva y obligatoria a toda la población o la limitación genérica de otras libertades fundamentales.

También en la legislación ordinaria sobre autonomía del paciente podemos encontrar otros ejemplos en los que la salud pública actúa como excepción o limitación del derecho fundamental a la intimidad. El art. 16.4 de la Ley 41/2002 prevé el acceso a la historia clínica con fines de salud pública, remitiéndose directamente a la legislación orgánica sobre protección de datos personales, aunque en estos casos la incidencia en el derecho fundamental es menor en la medida en que obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

Durante la pandemia, puede decirse que ha primado la salud pública y colectiva sobre los derechos individuales, tanto sobre los derechos de naturaleza económica como sobre los derechos fundamentales. Nuestro ordenamiento jurídico habilita a la Administración sanitaria para adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control, cuando aprecie indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad. La prevalencia de la salud pública se garantiza también en los supuestos de enfermedades transmisibles. Puede la Administración adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medioambiente inmediato, *así como las que se consideren necesarias* en caso de riesgo de carácter transmisible. En este último supuesto, como es propio de las situaciones de emergencia, el legislador no concreta qué tipo de medidas pueden adoptarse porque desconoce qué situaciones pueden presentarse en un futuro. Se trata de una cláusula abierta de apoderamiento a favor de la Administración. En realidad, el legislador orgánico no ha establecido un amplio catálogo de medidas de intervención. Sin embargo, como ha resaltado Salamero Teixidó, ello no restringe en modo alguno el poder de actuación de la Administración, sino todo

lo contrario. La utilización de este concepto jurídico indeterminado permitiría a esta la adopción de muy distintas modalidades de intervención, según las peculiaridades de la situación de crisis o riesgo sanitario que pueda plantearse en cada momento concreto y según el criterio de la Administración. La cláusula le permite un amplísimo ámbito de discrecionalidad para decidir estas medidas.⁸ A ella han recurrido las comunidades autónomas durante estos meses, con distintas interpretaciones judiciales que han puesto en un brete al sistema y han causado situaciones de absoluta inseguridad jurídica. Ahora bien, la tutela de la salud pública no puede interpretarse como un apoderamiento en blanco, máxime cuando se trata de limitar profunda e intensamente la libertad de las personas, sus derechos fundamentales.

Esta cláusula es muy vaga e imprecisa. No determina qué medidas pueden adoptarse ni quiénes son sus destinatarios, si solo se refiere a las personas contagiadas, a sus contactos estrechos o si, por el contrario, pueden aplicarse respecto de cualquier ciudadano. Tampoco aclara si se pueden tomar todas las que se puedan imaginar necesarias ni quién puede decidir eso ni a través de qué procedimiento. Pero como señala el Auto del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 30 de abril de 2020 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), existe un principio general que dice que las restricciones de derechos deben ser interpretadas restrictivamente, y en este caso «la interpretación restrictiva nos dice que las medidas que caben al amparo de esta Ley Orgánica 3/1986 son las relativas a personas físicas enfermas o que hayan estado en contacto o puedan haberlo estado, bien con ellas, bien con su medioambiente inmediato, por ejemplo en los mismos lugares aunque no hayan coincidido al mismo tiempo. Esto es lo que justificó el confinamiento específico de los primeros ciudadanos que estuvieron confinados en Canarias, por auto judicial, o de los ciudadanos que venían de la zona de Wuhan, epicentro de la pandemia y fueron repatriados. Recordemos que el art. 8.6 segundo LJCA exige la autorización judicial que implique restricción de la libertad individual o de cualquier otro derecho individual».

Este lacónico marco jurídico fue completado con unas previsiones de carácter procesal, no exentas de problemas, que extendían la competencia de los juzgados de lo Contencioso-Administrativo al conocimiento de la autorización o ratificación judicial de las medidas que las autoridades sanitarias consideren

urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental (art. 8.6 de la Ley 29/1998, de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa). El papel del juez presenta importantes problemas dogmáticos porque supone hacer copartícipe al poder judicial en la toma de decisiones que corresponden constitucionalmente a otro poder distinto, al poder ejecutivo que, por mandato del art. 97 de nuestra Constitución, tiene atribuida la potestad de dirigir la Administración y ejercer la función ejecutiva y la potestad reglamentaria de acuerdo con la Constitución y las leyes.

Esta intervención judicial no ha planteado grandes problemas porque no son muy frecuentes los supuestos en los que se ha utilizado hasta ahora, básicamente para autorizar intervenciones sanitarias o internamientos hospitalarios en contra de la voluntad del paciente.⁹ Quiere ello decir que cuando las medidas limitativas se recogen en actos administrativos que son individuales como de alcance colectivo de personas determinadas, es relativamente factible realizar un control judicial que valore la necesidad y la proporcionalidad de las medidas adoptadas, al menos con un carácter mínimo. El problema se ha planteado cuando se han adoptado decisiones limitativas de derechos fundamentales de forma generalizada con motivo de la pandemia. En este punto, la ley orgánica se nos presenta como un traje estrecho al que se le abren las costuras, si se me permite la expresión.

La doctrina ya había resaltado los problemas que planteaba en estos casos la intervención judicial. Cierco Seira y Salamero Teixidó habían manifestado la necesidad de reformar la ley orgánica para incluir expresamente –y en los casos en que corresponda– la intervención del juez. El amplio margen de discrecionalidad de que dispone la Administración para adoptar estas medidas y los escasos parámetros de los jueces para realizar este control se traducen en una importante debilidad de los mecanismos de garantía de los derechos fundamentales.¹⁰ Como ha explicado recientemente el profesor Baño León, no deberían ser necesarios estos pronunciamientos judiciales previos, salvo que se trate de ejecutar de forma coactiva las medidas o de entrar en el domicilio de las personas.¹¹

El problema se ha agudizado todavía más cuando se ha generalizado la utilización de esta vía para adoptar intensas medidas limitativas de derechos fun-

damentales para toda la población, recurriendo a normas reglamentarias, y se ha recurrido a la vía de la autorización o ratificación judicial. La Ley 3/2020, de 18 de septiembre, ha intentado soslayar algunos de estos problemas. Sin embargo, se ha adoptado una reforma procesal sin proceder a la reforma material de la ley orgánica. Esta ley ha introducido un régimen algo más detallado de este sistema de control judicial para introducir un régimen jurídico más coherente con el reparto competencial que establece la Ley 29/1998 y unas mínimas orientaciones respecto al procedimiento para otorgarlas. La competencia se hace depender del ámbito territorial de la Administración que las adopte y de si tienen un destinatario individual o colectivo. Así, se atribuye a los juzgados de lo Contencioso-Administrativo la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen limitación o restricción de derechos fundamentales cuando dichas medidas estén plasmadas en actos administrativos singulares que afecten únicamente a uno o varios particulares concretos e identificados de manera individualizada. Si los destinatarios de las limitaciones no están identificados individualmente, su autorización o ratificación corresponde a la Audiencia Nacional o a las Salas de lo Contencioso-Administrativo de los Tribunales Superiores de Justicia de las comunidades autónomas, si las medidas se adoptan por una autoridad sanitaria distinta de la estatal. Asimismo, se han introducido algunas referencias al procedimiento a seguir en estos casos mediante la introducción de un nuevo artículo, el 122 *quater*, dentro del procedimiento para la protección de los derechos fundamentales. En estos casos, el Ministerio Fiscal será parte, su tramitación tendrá siempre carácter preferente y deberá resolverse en un plazo máximo de tres días naturales.

IV. La necesidad de instaurar un nuevo marco jurídico para las emergencias sanitarias

La posibilidad de que la Administración pudiera desplegar intensas potestades de intervención limitando derechos fundamentales tendría, a mi juicio,

encaje constitucional, aunque ello debería de hacerse mediante una ley orgánica y con las correspondientes garantías para los ciudadanos (art. 81 de la Constitución).

En nuestra Constitución encontramos determinados límites a estas potestades de intervención, ya que no podrían suponer la suspensión de derechos fundamentales, pero sí su limitación (art. 55 CE). Ciertamente existe una estrecha y sutil línea divisoria entre la limitación y la suspensión de un derecho, pero el marco teórico constitucional está muy claro en este sentido. En situación de normalidad, las autoridades sanitarias no pueden suspender derechos, solo limitarlos. La suspensión exigiría la previa declaración del estado de sitio proclamado en el art. 116 de la Constitución y regulado en la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio. Asimismo, la interpretación realizada por nuestro Tribunal Constitucional de algunos de estos derechos y el aval de determinados textos de carácter constitucional podrían servir para perfilar su marco constitucional.

Como punto esencial de partida, conviene recordar que el bien jurídico de la protección de la salud (art. 43 CE) está estrechamente relacionado con el derecho fundamental a la vida y a la integridad física de las personas (art. 15 CE). Esto supone que la tensión entre los derechos fundamentales y la salud de la población ha de ser resuelta a favor de esta por poseer una «importancia singular» en nuestra Constitución (ATC 239/2012, de 12 de diciembre y ATC 114/2014, de 8 de abril). En estos autos, precisó el Tribunal que el art. 43 de la Constitución establece el deber de todos los poderes públicos de garantizar a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, cuya tutela les corresponde y ha de ser articulada «a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios» (STC 126/2008, de 27 de octubre). Si, además del mandato constitucional, se tiene en cuenta la vinculación entre el principio rector del art. 43 de la Constitución, en relación con su art. 15, que recoge el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral, en el sentido de lo reconocido por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (por todos, el asunto VO c. Francia de 8 de julio de 2004), «resulta evidente que los intereses generales y públicos, vinculados a la promoción y garantía del derecho a la salud, son intereses asociados a la defensa de bienes constitucionales particularmente sensibles».

En relación con ello, podemos traer a colación la interpretación que dio la STC 53/1985, de 11 de abril, sobre la despenalización del aborto, sobre la prevalencia del derecho a la vida sobre el resto de derechos fundamentales y la obligación de los poderes públicos de tutelarla y protegerla. Señaló que el derecho a la vida, reconocido y garantizado en su doble significación física y moral por el art. 15 de la Constitución, «es la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional –la vida humana– y constituye el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible. El derecho a la vida tiene un contenido de protección positiva que impone a los poderes públicos adoptar las medidas necesarias para su protección».

Los instrumentos de carácter internacional también nos pueden servir de orientación para una posible limitación de los derechos fundamentales. A ellos debemos acudir forzosamente en la medida en que la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos ratificados por España tienen valor interpretativo de las normas relativas a los derechos fundamentales y libertades públicas, tal como señala el art. 10.2 CE (por todas, STC 6/2004, de 16 de enero). Así, por ejemplo, la letra e) del art. 5.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, suscrito en Roma en 1950, aunque proclama el derecho a la libertad de todas las personas, prevé expresamente la posibilidad de privar de este derecho a «una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa». También su Protocolo n.º 4 regula el contenido del derecho a la libertad de circulación por el territorio de un Estado y señala la posibilidad de restringirlo por razones de interés público en una sociedad democrática, mediante una ley, cuando ello constituya una medida necesaria, entre otras cosas, para la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y libertades de terceros. Más explícito todavía resulta el art. 26 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la Biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 y ratificado por el Estado español mediante la publicación del Instrumento de Ratificación en el BOE de 20 de octubre de 1999. El precepto establece una cláusula general que permite la restricción de los derechos sanitarios que consagra. Permite que estos

derechos puedan ser objeto de restricciones, siempre y cuando estén previstas por la ley y constituyan «medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas». Es decir, en el ámbito internacional, la tensión dialéctica entre paternalismo, derechos fundamentales y salud pública se resuelve también a favor de esta última.

En este contexto, la solución pasaría, a mi juicio, por establecer un nuevo marco jurídico para las emergencias y riesgos sanitarios que clarifique y regule con precisión el régimen de cada una de esas posibilidades de actuación limitativas de derechos fundamentales, el procedimiento para su adopción y su correspondiente régimen de garantías.¹² Ello bien podría hacerse ampliando el contenido de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, para completar su escueto marco jurídico y la Ley 29 /1998 de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa para clarificar el papel judicial en el control de las medidas que se adopten, sometiendo a autorización o ratificación solo cuando sea preciso entrar en los domicilios de las personas o de ejecutar forzosamente las decisiones administrativas.

El art. 3 de la Ley Orgánica 3/1986 es una cláusula propia de las situaciones de necesidad que son bien conocidas en el ámbito del derecho administrativo y amparadas en el principio de *salus populi suprema lex esto*, que no solo habilita, sino que obliga a la Administración a actuar ante circunstancias excepcionales para salvaguardar el interés general de la comunidad. Por su propia naturaleza, este tipo de cláusulas permite un amplio margen de libertad a la Administración para hacer frente a estas circunstancias, más que nada porque el legislador no puede saber con anticipación cuáles podrían ser y qué instrumentos pueden utilizarse. A ella han recurrido las comunidades autónomas durante estos meses, con distintas interpretaciones judiciales que han puesto en un brete al sistema y han causado situaciones de absoluta inseguridad jurídica. Ahora bien, han pasado varios meses desde que se iniciara la pandemia y ya sabemos cuáles son las medidas más extremas que pueden adoptarse. Corresponde en este momento dar un paso más para regularlas y dotar al sistema de la seguridad jurídica que exige cualquier limitación de los derechos fundamentales. El objetivo solo puede conseguirse proporcionando

a las comunidades autónomas una cesta de herramientas y de posibles medidas de lucha contra la pandemia para que después cada una de ellas pueda adoptar, de forma localizada en su territorio y según sus necesidades sanitarias, las que considere oportunas.

A mi juicio, habría que introducir en esa ley orgánica un nuevo régimen de intervención administrativa ante emergencias sanitarias pues el principio de seguridad jurídica exige previsibilidad y certeza en los propios límites del derecho fundamental, esto es, su reconocimiento expreso en la propia ley orgánica. Pueden establecerse confinamientos domiciliarios, los confinamientos perimetrales, limitaciones de la libertad de circulación nocturnas, obligaciones de cuarentena, limitaciones del derecho de reunión de las personas, etc., fijando las líneas básicas de su contenido y el marco de obligaciones para los ciudadanos en cada una de ellas. De esta forma quedaría completo el marco de intervención administrativa que ya prevén los arts. 23 y ss. de la Ley General de Sanidad cuando las limitaciones no afectan a los derechos fundamentales. Esta previsión explícita de medidas es necesaria porque, como ha recordado la Sentencia del Tribunal Constitucional 76/2019, de 22 de mayo de 2019, por mandato expreso de la Constitución, toda injerencia estatal en el ámbito de los derechos fundamentales y las libertades públicas, ya incida directamente sobre su desarrollo (art. 81.1 CE), ya limite o condicione su ejercicio (art. 53.1 CE), precisa una habilitación legal. Dicha ley «ha de expresar todos y cada uno de los presupuestos y condiciones de la intervención» pues, en caso contrario, «la ley ya no cumple su función de garantía del propio derecho fundamental que restringe, pues deja que en su lugar opere simplemente la voluntad de quien ha de aplicarla».

Por lo demás, la declaración de la situación de emergencia sanitaria que habilitaría este régimen tan intenso de intervención debería suponer la inmediata conformación de un comité científico, formado por técnicos cualificados, que sería el encargado de cumplir las exigencias de información y transparencia que exigen nuestras leyes de salud pública y, sobre todo, de motivar desde el conocimiento científico las medidas que deban adoptarse. De ello depende en gran medida la propia confianza de los ciudadanos y el éxito de las medidas de intervención que adopten nuestros poderes públicos.

Notas

1. Farrés Juste O. *Salus populi suprema lex*. Revista Bioética y Derecho. 2020; 50: 5-17. Dossier cuestiones bioéticas de la pandemia COVID-19, p. 15. Según el autor, contrariamente a lo que podría parecer, la *salus* no refiere tanto a la salud pública en sí como a una idea más amplia de bienestar comunitario: las medidas de confinamiento a raíz de la COVID-19 prolongadas en el tiempo se podrían justificar en términos salubristas, pero también afectan gravemente a la población. Un ejemplo de los costes sociales de estas medidas es el impacto en las economías familiares de los recortes de ingresos por la falta de trabajo remunerado que padecen los ciudadanos confinados.
2. García de Enterría E, Fernández TR. Curso de Derecho Administrativo, tomo II. Madrid: Civitas, edición de 1978. p. 569.
3. En tan solo unos meses, y a fecha de 30 de noviembre de 2020, habían fallecido en España directamente por coronavirus 45.069 personas. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_261_COVID-19.pdf.
4. Häberle P. La garantía del contenido esencial de los derechos fundamentales en la Ley Fundamental de Bonn, traducida por Joaquín Brage Camanzo, con estudio preliminar de Francisco Fernández Segado. Dykinson: Madrid; 2003. p. 10 y ss. Resalta el autor la relevante función social que también desempeñan los derechos fundamentales, además de su configuración como derechos subjetivos individuales. Ello implica automáticamente el rechazo de una visión unilateral de los derechos individuales de libertad y, más concretamente, de una concepción liberal e individualista de los derechos fundamentales, pues no hay ningún derecho detrás del cual no exista, a través del interés que satisface, una función social.
5. Romeo Casabona CM, Urruela A. Las instituciones europeas ante la pandemia: de la solidaridad interestatal a los derechos humanos, Revista de Derecho y Genoma Humano. Genética, Biotecnología y Medicina Avanzada. 2020; 52: 16.
6. Se había producido un aumento importante de la incidencia acumulada en catorce días, hasta situarse, con fecha de 22 de octubre de 2020, en 349 casos por 100.000 habitantes, muy por encima de los 60 casos por 100.000 habitantes que marca el umbral de alto riesgo de acuerdo a los criterios del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades.
7. Art. 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
8. Salamero Teixidó L. La salud pública como límite a los derechos y libertades individuales en situaciones de riesgo y emergencia. En Blanc Altemir A, Cierco Seira C, editores. El Derecho ante la salud pública: dimensión interna, europea e internacional. Pamplona: Aranzadi; 2018. p. 145.
9. Villalbí JR, Rodríguez Campos M, et al. La hospitalización terapéutica obligatoria en el control de la tuberculosis. Gaceta Sanitaria, marzo-abril 2016; 30(2). Los autores describen el proceso de intervención desde que se descubre que una persona tiene tuberculosis hasta su internamiento obligatorio cuando no quiere recibir voluntariamente su tratamiento. En dicho proceso suelen intervenir, además del juez, las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado. Desde julio de 2006 hasta junio de 2015, a lo largo de nueve años, se ha activado en doce ocasiones en Barcelona.
10. Cierco Seira C. La necesaria actualización de la legislación española en materia de salud pública. Derecho y Salud. 2009; 17. Y Salamero Teixidó L, op. cit., pp. 151 y 155.
11. Baño JM. Confusión regulatoria en la crisis sanitaria. Almacén de Derecho. 29 de octubre de 2020. Disponible en: <https://almacenederecho.org/confusion-regulatoria-en-la-crisis-sanitaria>.
12. En el mismo sentido, Sarrión Esteve J. La competencia de las autoridades sanitarias para restringir derechos en situación de crisis sanitaria. Gaceta Sanitaria. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.009>; Cierco Seira C. La necesaria actualización de la legislación española en materia de salud pública. Derecho y Salud. 2009; 17: 23 y ss.

Laura Salamero Teixidó es partidaria de una ley parcialmente orgánica y la reforma de la Ley General de Salud Pública para dar cabida al marco jurídico de las situaciones de emergencia en salud pública, evitando su fragmentación en dos normas diferentes, op. cit., pp. 158 y 159.

Pasaportes inmunológicos y certificados de no-infectividad

Iñigo de Miguel

Investigador distinguido.

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

1. Introducción

A finales de noviembre de 2020, el CEO de la compañía aérea Qantas afirmaba en una entrevista que era probable que su compañía empezara a exigir un certificado de vacunación frente a la COVID-19 a lo largo de 2021, al menos para todos aquellos pasajeros que quisieran embarcar en vuelos internacionales.¹ Más aún, señalaba en aquella ocasión que esto ya era una cuestión muy comentada entre sus colegas de profesión, por lo que no debería sorprendernos que en breve se adoptaran medidas de este tipo de forma generalizada.

Debo reconocer que todo esto me resultó cuando menos chocante. No tanto por la exigencia de un requisito para viajar con seguridad, sino porque tal requerimiento fuera un certificado de vacunación. A fin de cuentas, estar vacunado no asegura que uno no sea contagioso. Y esto, de hecho, es lo que debería ser la clave de la cuestión: si hay algo que tenga sentido es la no-infectividad. Lo que debería preocupar a un pasajero de un vuelo, o a cualquier otra persona que deba compartir con terceros un tiempo en un espacio cerrado es si estos son o no infectivos. Luego lo suyo sería, en realidad, pedir certificados de no-infectividad, no pasaportes inmunológicos. Como veremos a continuación, ambas cosas no son lo mismo, aunque es cierto que la inmunidad a menudo proporciona no-infectividad.

En este texto, en suma, analizaré los conceptos de pasaporte inmunológico y certificado de no-infectividad, mostrando sus diferencias y sus posibles utilidades. Más aún, trataré de justificar que ambos son herramientas perfectamente aceptables, e incluso aconsejables, desde la perspectiva de los derechos,

si se utilizan adecuadamente. Por fin, me centraré en el papel que pueden tener los certificados en el futuro para asegurar la no discriminación de quienes no se hallen inmunizados frente a la COVID-19.

2. Pasaportes inmunológicos

2.1. Definición

Un pasaporte inmunológico podría definirse como una certificación de que existe constancia de que un individuo tiene inmunidad a una patología concreta, por lo que se presume que es poco probable que contraiga o propague esa enfermedad.² En realidad, vivimos con una figura relativamente similar a los pasaportes hace ya tiempo:³ el Certificado Internacional de Vacunación. Este es un documento que solo se administra en los Centros de Vacunación Internacional, autorizados y aprobados por la Organización Mundial de la Salud, en los que se administran vacunas frente a algunas patologías concretas, como la fiebre amarilla⁴ o la meningitis meningocócica,⁵ de acuerdo con lo dispuesto en la reglamentación internacional. Hay países que no permiten la entrada de viajeros desde más allá de sus fronteras si no son capaces de exhibir este certificado que funciona, en tales casos, literalmente como un pasaporte ya que permite la entrada en el país.

Obviamente, la diferencia entre ese certificado y un pasaporte inmunológico estriba en que, en principio, el primero estimula algo que se considera socialmente recomendable –vacunarse– mientras que el segundo promueve lo que habitualmente juzgamos como rechazable –contagiarse voluntariamente–. De hecho, una de las grandes taras que persigue a cualquier forma de pasaporte inmunitario es esa llamada al contagio.⁶ Si aceptamos que quienes han desarrollado la enfermedad puedan disfrutar de unos derechos que para los demás aparecen recortados o suspendidos, es muy probable que haya quienes busquen deliberadamente infectarse para acceder al grupo de los privilegiados.⁷

Este es, sin duda, un argumento sólido en contra de los pasaportes inmunitarios, que no debería, en todo caso, abogar por su veto general, sino por una

cuidadosa selección de las consecuencias que traería consigo poseer uno de ellos. La cuestión consistiría en buscar un equilibrio entre el respeto a los derechos individuales y la necesidad de no exacerbar las diferencias dentro del grupo humano. Dicho de otro modo, habría que tener bien presente que una cosa es un derecho fundamental, como la libertad de movimiento, que solo debe ser recortado cuando hay razones de peso indiscutible que lo avallen, y otra cosa son derechos o libertades como los de ir a un restaurante o a una discoteca, por ejemplo, que no son fundamentales ni merecen la misma protección. Y es que, como ha señalado una parte de los miembros del Comité de Ética de Alemania, se trata de que «los certificados de inmunidad no deben utilizarse de manera que supongan una desventaja sustancial para las personas que no dispongan de ese documento, a menos que ello pueda justificarse principalmente por motivos de protección contra la infección».⁸

Con toda su importancia, esta no es la única tara de los pasaportes inmunológicos. Como han destacado Natalie Kofler y Françoise Baylis, esta figura seguramente incrementaría la vigilancia social y los riesgos de discriminación y posibles daños hacia minorías raciales, sexuales, religiosas o de otra índole. Además, los códigos QR en los teléfonos inteligentes en los que se insertarían los pasaportes servirían también para controlar las ubicaciones de las personas, el historial de viajes, con quién han entrado en contacto y otros datos relacionados con la salud; desde la temperatura de su cuerpo hasta si recientemente han tenido un resfriado.⁹ No obstante, debemos tener presente que todos estos efectos constituyen antes la consecuencia de un mal uso de los pasaportes por parte de unos Estados deseosos de interferir en las libertades individuales o dispuestos a discriminar a unos ciudadanos frente a otros que una deriva inevitable de esta herramienta tecnológica.

2.2. Libertad de movimiento como objeto fundamental de un pasaporte

Con toda la importancia de las objeciones expuestas, ninguna de ellas justifica la prohibición general de un instrumento que puede resultar insustituible a la hora de defender un derecho fundamental como la libertad de movimien-

to, como ya he anticipado. No podemos olvidar que su importancia es tal que cualquier restricción a la libertad ambulatoria viene limitada tanto por el carácter fundamental de ese derecho, de acuerdo con nuestra Constitución, como por lo que dispone el art. 5e) de la Convención Europea de Derechos Humanos, que señala que «1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, salvo en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la ley: e) Si se trata de la privación de libertad, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa».

El mismo Tribunal Europeo de Derechos Humanos tuvo ocasión de desarrollar el sentido de este artículo en su sentencia de 25 de enero 2005 del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, asunto *Enhorn v. Sweden*. En aquel caso, un ciudadano apelaba ante el tribunal por haber sido confinado repetidas veces por la Administración sueca para prevenir contagios del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), del que era portador. Pues bien, el tribunal dictaminó que «los criterios esenciales para determinar la “legitimidad” del confinamiento de una persona “para evitar la diseminación de enfermedades contagiosas” son si la enfermedad contagiosa es peligrosa para la salud o seguridad públicas, y si el confinamiento de la persona contagiada es el último recurso para evitar la diseminación de la enfermedad, porque, habiéndose valorado otras medidas menos severas, se ha considerado que no son suficientes para salvaguardar el interés público. Cuando estos criterios no se cumplen, la base para la privación de libertad deja de existir».¹⁰

Teniendo presente este marco jurídico, en suma, no cabe sino concluir que restringir la libertad ambulatoria de una persona que hubiera logrado inmunidad frente a la COVID-19 sería una medida desproporcionada: si no puede contagiar, no debe ser sometida a estos recortes en sus libertades, ya que su inmunidad evitaría que el sujeto fuera infectivo.¹¹ Y si alguien alberga alguna duda, debería recordar que la máxima *in dubio pro libertatis*, es de particular vigencia en estos casos.¹² Por consiguiente, habría que concluir que los pasaportes de inmunidad no solo son aceptables sino, incluso, exigibles desde un punto de vista jurídico y perfectamente aceptables desde la perspectiva de la moral. Ahora bien, su utilidad palidece frente a la de un instrumento alternativo: los certificados de no-infectividad.

3. Certificados de no-infectividad

3.1. Caracterización

Como hemos visto, un pasaporte de inmunidad debería tener una utilidad muy escasa por sus propias limitaciones: no permite acceder a él a nadie más que a los que hayan obtenido inmunidad frente a una enfermedad. Lo ideal en una pandemia es tener otro tipo de instrumento, uno capaz de diferenciar a las personas en función de su grado de infectividad, esto es, de contagiar el virus, que es lo esencial, como ya he apuntado antes. Esto, precisamente, es lo que denomino un «certificado de no-infectividad».¹³ Estos consistirían en una herramienta (probablemente un QR o similar) capaz de atestiguar que una persona no puede contagiar la patología porque está inmunizada o porque se ha sometido a una serie de pruebas que dan fe de que en un momento dado y durante un periodo de tiempo concreto, es harto improbable que esté infectada. Un ejemplo palmario en este sentido es la aplicación desarrollada para la patronal española del ocio nocturno Spain Nightlife.¹⁴ Su funcionamiento es relativamente sencillo: una vez que un usuario se registra en la aplicación, recibe un código QR personal e intransferible con el que se puede realizar un test de antígenos o PCR o validar su vacuna en un centro médico o un punto colaborador. Si el resultado es negativo, el QR personal queda validado para 72 horas o el tiempo prescrito por la inmunidad recibida gracias a la vacuna. A su vez, la aplicación permitiría a las autoridades sanitarias un mejor rastreo de posibles focos, por cuanto habilitaría un registro de asistentes a los diferentes eventos con acceso supeditado a la presentación del certificado.

A mi juicio, esta idea, que es interesante e innovadora, adolece todavía de algunos defectos. Tal y como yo lo entiendo, debería ser un profesional sanitario o, cuando las pruebas sean más simples, un fedatario público, aunque no tuviera esa condición, quien registrara la situación de la persona en cuestión en su QR. Más aún, creo que el sistema debería incluir un cuadro de pruebas y cadencias de prueba homologadas, y una distinción entre unos espacios y otros. No parece lo mismo acceder a una discoteca que a una iglesia o a una residencia de ancianos. Diferente rango de peligrosidad, diferentes personas a las que proteger, requieren distintas exigencias. Por fin, entiendo que el

manejo de datos personales debería ser mucho más escrupuloso. Lo ideal, desde mi punto de vista, sería que los datos que quedasen en posesión de quien garantiza el acceso estuvieran seudonimizados. Esto podría lograrse introduciendo un código en cada QR, un código que solo pudieran descifrar las autoridades sanitarias, una vez notificado un foco de transmisión de la patología y solo con el fin de controlar el brote. Todo esto, en su conjunto, obra en favor de la intervención de las Administraciones públicas, que deberían: 1) elaborar protocolos oportunos, 2) dotar a esas certificaciones del carácter de documentos públicos y 3) ocuparse de la vigilancia y control de todo el sistema.

3.2. Certificados como defensa frente a la discriminación

Habrà quien considere que una herramienta de este tipo no tendría ninguna validez científica. De hecho, la falta de utilidad y consistencia de las pruebas que certifican la carga viral en una persona –y por tanto su infectividad– ha sido a menudo subrayada para oponerse al pasaporte inmunológico. Lo cierto es que ahora mismo hay razones por las que albergar dudas. Creemos, por ejemplo, que pasar la enfermedad nos dota de cierta inmunidad, pero no sabemos cuánto durará, ni si será parecida para todos. Tampoco sabemos si las vacunas nos permitirán eliminar la infectividad en los inmunizados, ni durante cuánto tiempo, lo que eleva la incertidumbre. Las pruebas, a su vez, son todo un mundo. Ahora mismo contamos con diferentes pruebas para medir la inmunidad, con diferentes sensibilidades.¹⁵ Una de ellas, por ejemplo, es la medición de los anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en la sangre. No obstante, hay falsos positivos que pueden llevar a las personas a pensar que son inmunes cuando no lo son.¹⁶ La baja sensibilidad de otras supone que la prueba requiera que una persona tenga una alta concentración de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 para poder medirla de manera efectiva. Esto causa falsos negativos en personas que tienen pocos anticuerpos, lo que lleva a que las personas potencialmente inmunes puedan ser etiquetadas incorrectamente como no inmunes.¹⁷ No obstante, las pruebas mejoran constantemente. A día de hoy es difícil sostener que no sirvan para medir la infectividad de una

persona, si se realizan con la cadencia adecuada (cada 72 horas, por ejemplo). Nos encontramos, en suma, con un escenario lleno de riesgos, pero, me temo, no quedará otra que asumir algunos. La alternativa es sostener la situación actual indefinidamente. No parece razonable.

Hay otra crítica a esta propuesta que se me hace más sólida. Habrá quien sostenga que la introducción de un sistema de este tipo implica un grave riesgo de discriminación o de recorte a las libertades de los más vulnerables. Permítaseme responder a esta observación manifestando justamente lo contrario: que solo los certificados permitirán en un futuro evitar un *apartheid* contra buena parte de nuestros conciudadanos. Explicar por qué hace necesaria una pequeña digresión en forma de distopía.

Imaginemos que estamos a finales de 2021, momento en que, según el calendario de vacunación, es probable que toda la población haya tenido ya oportunidad de vacunarse frente a la COVID-19. Pensemos también que la campaña ha sido razonablemente exitosa y tres de cada cuatro adultos españoles se han vacunado. Teniendo presente que entre un 10 y un 15% estaban ya inmunizados por haber pasado la enfermedad, esto significaría que en torno a un 60% de la población estaría protegida. Obviamente, y viendo la botella medio vacía, esto implicaría que un 40% de la población, más de quince millones de personas, seguirían siendo vulnerables al virus.

Siendo este un escenario con el que sentirnos razonablemente felices a primera vista, no deberíamos olvidar que también puede generar un altísimo grado de conflictividad social. Volvamos a 2021 e imaginemos una situación inquietante: conforme ha ido aumentando la vacunación, se ha ido incrementando también la presión social hacia una vuelta a la vieja normalidad. Muchas personas no entienden la persistencia de medidas como el aislamiento social, la protección individual o la limitación de actividades y aforos, por lo que se niegan a implementarlas en su vida diaria. Cualquier apelación a la responsabilidad se acaba resolviendo con una respuesta genérica: «No vamos a vivir como si fuéramos a contagiarnos porque unos pocos se niegan a vacunarse».

Un gobierno podría intentar contrarrestar estas actitudes apelando a la responsabilidad hacia quienes ejercen un derecho legítimo a no contagiarse o a aquellos para los que la vacuna está contraindicada (los más vulnerables, de

hecho), los que no pueden vacunarse por no haber participado en los ensayos (los niños, por ejemplo) y aquellos a los que se la administraron pero no obtuvieron la inmunidad. Es, no obstante, muy dudoso que esto fuera bien acogido por una población deseosa de olvidar un episodio tan traumático o por unos poderes económicos que apelarán a la necesidad de retomar la actividad plena para oponerse al mantenimiento del *statu quo*.

En estas circunstancias, el gobierno podría intentar imponer un programa de vacunación obligatoria, a fin de intentar alcanzar una inmunidad de grupo que protegiera a los que no podrían inmunizarse. Por desgracia, sería complejo alcanzar ese objetivo sin vacunar a los niños y acogiendo a cincuenta millones de turistas cada año. Otra opción sería no intervenir, esto es, permitir que las empresas marcaran las normas para sus empleados o clientes, haciendo posible la existencia de certificados de no-infectividad privados, como el que hemos citado antes, o, simplemente, la elusión de toda forma de protección. Esto, por desgracia, condenaría a los no-inmunizados a una vida llena de sobresaltos, expuestos al contagio o a un análisis cada vez que quisieran acceder a según qué lugares. En esta situación, la introducción de un certificado de no-infectividad supondría su mejor esperanza. Dado que todo el mundo debería tenerlo, con independencia de su grado de inmunidad, no habría discriminación formal. Tampoco material, porque cualquiera podría obtenerlo realizándose las pruebas homologadas con la cadencia oportuna. Es cierto que el sistema podría tener problemas relacionados con la logística de su implementación y su coste. Nada que no pudiera solucionarse implicando a los agentes oportunos y modelizando las respuestas. La caída de costes sería segura si la demanda se incrementara suficientemente y los gobiernos procedieran a organizar la adquisición o realización y distribución de las pruebas. De otro lado, lo lógico sería sufragar su coste para quienes no fueran inmunes por no poder vacunarse (lo que incluiría a los niños) o porque la vacuna no les ha producido tal efecto, y subvencionarlo para todos los demás.

Nos encontramos, en suma, con que en un escenario como el descrito –que parece muy probable– los certificados se convertirían en realidad en la mejor forma de defensa de personas vulnerables por su falta de inmunidad. ¿Significa esto que será la opción a adoptar? No necesariamente. En un esce-

nario en el que cada uno sabría ya qué posición ocupar en la sociedad, podría haber muchos conflictos. De ahí que lo lógico fuera someter estas cuestiones al debate ahora, cuando todavía mantenemos un velo de ignorancia rawlsiano sobre nuestro papel en esa sociedad futura. Pero esa ventana de oportunidad desaparecerá pronto, me temo.

Notas

1. Noori Farzan A. Coronavirus vaccine will likely be required for international flights, Qantas CEO says. Washington Post. 24 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/travel/2020/11/24/covid-vaccine-flights-qantas/>.
2. Brown RCH, Savulescu J, Williams B, et al. Passport to freedom? Immunity passports for COVID-19. Journal of Medical Ethics. 15 de agosto de 2020. Disponible en: doi:10.1136/medethics-2020-106365, p. 2.
3. Véase: Rainsy S. Testing coronavirus survivors' blood could help reopen U.S. The Geopolitics. 8 de abril de 2020. Disponible en: <https://thegeopolitics.com/international-immunity-passports-can-help-restore-freedom-of-movement/>.
4. La fiebre amarilla es una enfermedad vírica de declaración internacional obligatoria, que se transmite por la picadura de un mosquito infectado.
5. La vacunación contra la enfermedad meningocócica es exigida por Arabia Saudí a todos los peregrinos que visitan La Meca.
6. Bloom D, Bedigan M. Expert trashes plan for coronavirus «immunity wristbands» - saying they're «dangerous». 2020. Disponible en: <https://www.mirror.co.uk/news/politics/expert-trashes-plan-coronavirus-immunity-21805760>.
7. Véase a este respecto: Watson L. The case for single-payer in a pandemic. The New Republic. 14 de abril de 2020. Disponible en: <https://newrepublic.com/article/157287/case-for-single-payer-coronavirus>.

8. Deutscher Ethikrat. Immunitätsbescheinigungen in der Covid-19-Pandemie Stellungnahme. 22 de septiembre de 2020; p. 26. Disponible en: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-immunitaetsbescheinigungen.pdf>. Véase también: Martí JL. Reorganització immunològica. Evitem el debat sobre el «passaport immunològic» o avancem en una deliberació pública rigorosa? Ara Andorra. 22 de mayo de 2020. Disponible en: https://www.ara.ad/firmes/josep_lluis_marti/Josep-Lluis-Marti-acreditacio-immunitaria-coronavirus-covid-19_0_2457954310.html.
9. Kofler N, Baylis F. Ten reasons why immunity passports are a bad idea. *Nature*. 2020; 05. 581(7.809): 379-381.
10. Véase, sobre este tema, este magnífico análisis: Cierco Seira C. Derecho a la libertad personal y protección de la salud pública: el internamiento forzoso por razón de enfermedad contagiosa. Reflexiones a propósito de la STEDH de 25 de enero de 2005, Enhorn contra Suecia. En: Martín Rebollo L, director. Derechos fundamentales y otros estudios en homenaje al prof. Dr. Lorenzo Martín-Retortillo, vol. 1. Zaragoza: El Justicia de Aragón; 2008. pp. 805-834.
11. De Miguel Beriain, I. Immunity Passports, e-conference on «Data protection Issues and Covid-19: Comparative Perspectives». 2020. Disponible en: <https://blogdroiteuropeen.com/2020/06/27/immunity-passports-by-inigo-de-miguel-beriaín/>.
12. Cierco Seira C. Vacunación, libertades individuales y Derecho público. Madrid: Marcial Pons; 2018.
13. Véase: De Miguel Beriain I, Rueda J. Immunity passports, fundamental rights and public health hazards: a reply to Brown et al. *Journal of Medical Ethics*. 2020; 46: 660-661.
14. El ocio nocturno lanza su *app* para entrar en recintos con test de antígenos. *eldiario.es*. 3 de diciembre de 2020. Disponible en: https://www.eldiario.es/economia/ocio-nocturno-lanza-app-entrar-recintos-test-antigenos_1_6469479.html.
15. La sensibilidad es una variable que indica la fiabilidad de la eficacia de una prueba. Cuanto más elevada sea, menos probable es que tengan lugar resultados negativos falsos o falsos negativos. La especificidad, en cambio, indica la fiabilidad con que una prueba realizada en un grupo de personas no inmunes aún no expuestas al virus detecte que la muestra es realmente negativa, es decir, que no contiene anticuerpos. Los errores en esta categoría se llaman «resultados falsos positivos». Una buena prueba se caracteriza por los altos valores de ambos indicadores. No obstante, en términos de inmunidad, un falso positivo es más peligroso que un falso negativo.
16. Petherick A. Developing antibody tests for SARS-CoV-2. *The Lancet*. 2020; 395(10.230): 1.101-1.102.
17. Kofler N, Baylis F. Ten reasons why immunity passports are a bad idea. *Nature*. 2020; 05. 581(7.809): 379-381.

Salud pública, economía y libertades: el trilema de la pandemia

Jordi Muñoz, Francesc Amat, Andreu Arenas y
Albert Falcó-Gimeno^a

Universitat de Barcelona

Introducción

Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 las respuestas políticas han sido objeto de intenso debate en prácticamente todos los países democráticos. Se han sucedido las tensiones y discrepancias entre actores políticos, pero también con sectores económicos, de la comunidad científica y de la sociedad civil. Los términos del debate han sido similares, y a menudo han enfrentado intereses contrapuestos, pero también perspectivas ético-políticas diferentes.

Muchas de las decisiones que han tenido que tomar los gobiernos durante la pandemia han puesto en evidencia la existencia de tensiones importantes entre la necesidad de proteger la salud pública y luchar contra la propagación del virus, la necesidad de preservar tanto como sea posible el funcionamiento normal de la economía, y la protección de derechos y libertades fundamentales. Este triángulo de tensiones entre salud, economía y libertad ha estructurado buena parte del debate público, y define lo que podemos denominar el *trilema de la pandemia*.

En este trabajo, en primer lugar, definimos, analizamos y caracterizamos el trilema, e identificamos los distintos modelos *ideales* de respuesta al mismo, los cuales proponen maneras diferentes de gestión de la pandemia. No obstante, nuestro objetivo fundamental es el estudio de las respuestas de la ciudadanía a dicho trilema. ¿En qué medida están dispuestos los ciudadanos y

ciudadanas a sacrificar la economía para proteger la salud pública? ¿Y las libertades? Para responder a estas preguntas diseñamos y realizamos dos experimentos de elección (denominados «experimentos *conjoint*») que nos permiten caracterizar las prioridades de la ciudadanía, y la importancia que dan a cada una de las tres dimensiones en sus preferencias por la desescalada. Para ello, analizamos los datos de dos experimentos *conjoint* incluidos en sendas encuestas, efectuadas en julio y noviembre de 2020 a una muestra de encuestados del conjunto del Estado español.

Nuestros resultados indican que la protección de la salud es, con diferencia, el factor que tiene más peso en la estructura de preferencias de la ciudadanía. Tras la salud, la economía es el siguiente criterio y, a una cierta distancia, se encuentra la preservación de las libertades. Aunque los tres factores son importantes para la opinión pública, la jerarquía entre ellos es muy clara. Nuestros resultados indican una cierta tolerancia social hacia algunos recortes de libertades a cambio de mayor protección contra el virus y contra las consecuencias económicas de la pandemia. Estos resultados son importantes para entender en qué contexto se toman las decisiones políticas.

El trilema de la pandemia

Más allá de su impacto sanitario y económico, la pandemia de la COVID-19 ha planteado un buen número de dilemas éticos y políticos. En el debate sobre las medidas a tomar se han contrapuesto a menudo factores de salud pública, económicos y de libertades y preservación de la democracia. Podemos caracterizar estos debates como una serie de dilemas (salud-libertad, salud-economía y libertad-economía) que conforman, conjuntamente, lo que denominamos «el trilema de la pandemia»: la tensión que existe entre la salud, la economía y la preservación de las libertades y la democracia. En esta sección los repasamos de modo sistemático.

Empecemos por la tensión entre economía y salud. En tiempo de pandemia los decisores políticos se enfrentan constantemente a decisiones que buscan equilibrar el control de la pandemia y el funcionamiento de la economía. Numerosos economistas apuntaron, ya desde el principio de la pandemia,

a. Los autores agradecen a la Fundació Víctor Grífols i Lucas su apoyo para la realización de esta investigación.

que en un marco temporal amplio no había un *trade-off* claro entre salud y economía. Tomando como ejemplo la gripe de 1918, se observó que las ciudades que impusieron medidas más estrictas para el control de la pandemia tuvieron una mejor evolución económica posterior (Correia *et al.*, 2020). La idea es sencilla: el control hoy de la pandemia permite la normalización de la actividad económica en el futuro más cercano, lo cual reduce el impacto económico de las medidas.

De todos modos, a pesar de que este argumento sea cierto en el medio y largo plazo, en el cortísimo plazo en el que toman decisiones los gobiernos el *trade-off* es evidente, y así se ha expresado desde numerosos sectores. La decisión de restringir la movilidad, o de cerrar determinadas actividades económicas, como el turismo, el comercio o la hostelería, tienen efectos económicos inmediatos y severos.

La capacidad de los gobiernos para ofrecer mecanismos de protección y compensación en forma de ayudas directas a las empresas, o de subsidios a los trabajadores, puede amortiguar los efectos más duros de las restricciones. Pero en la mayoría de casos estas ayudas compensatorias no son suficientes, ni lo bastante rápidas para compensar todos los costes económicos de las restricciones. E incluso cuando las ayudas inmediatas son suficientes, a menudo se basan en distintos mecanismos de endeudamiento que pueden diferir la internalización de los costes, pero no los elimina.

Por eso, a pesar del hecho probado de que una intervención dura que consiguiese una supresión temprana y radical del virus y, por lo tanto, permitiese un levantamiento temprano de las restricciones sería idónea desde el punto de vista económico, a menudo los decisores públicos se sitúan en decisiones subóptimas, condicionados por el horizonte temporal y por la disponibilidad de recursos en el corto plazo. Estas decisiones subóptimas sí generan dilemas evidentes entre la protección de la salud y de la actividad económica.

Pero la salud pública y la economía no son los únicos elementos en juego. En tiempos de pandemia se ha hecho evidente una tensión fundamental entre las medidas de protección de la salud y la preservación de las libertades fundamentales y los equilibrios democráticos de poder. Los principales instrumentos de política pública para controlar la difusión de una enfermedad infeccio-

sa como la COVID-19 requieren fuertes intervenciones en la esfera privada de la ciudadanía: confinamientos, distancia física, mascarillas, seguimiento de contactos, etc. Se trata de intervenciones sin precedentes, especialmente en contextos democráticos en los que la invasión de la esfera privada por parte de las autoridades está, generalmente, limitada por la legislación y por la opinión pública.

Este tipo de medidas tan intervencionistas pueden basarse en el cumplimiento voluntario por parte de la ciudadanía o en la imposición de sanciones por parte de las autoridades. O, más a menudo, en una combinación de ambas dinámicas. En el caso español se han habilitado numerosos mecanismos jurídicos y policiales para imponer sanciones y vigilar el cumplimiento de las normas, empezando por las sucesivas declaraciones de estado de alarma, que constituye un marco de excepcionalidad jurídica dilatado en el tiempo. Pero, evidentemente, el cumplimiento generalizado se ha basado en buena medida en la cooperación voluntaria de la ciudadanía y en mecanismos de control horizontal entre ciudadanos. La solución puramente cooperativa, sin mecanismos coercitivos, es *a priori* menos costosa, pero requiere unos elevados niveles de confianza que puedan sustentar la cooperación y coordinación ciudadana. El motivo es que las medidas de control de la pandemia plantean numerosos dilemas de acción colectiva: situaciones en las cuales los incentivos individuales generan comportamientos que socialmente no son óptimos (Olson, 2009). Solo mediante mecanismos de coordinación o coerción se puede asegurar la cooperación necesaria para que funcionen las medidas de distancia social precisas para interrumpir las cadenas de transmisión del virus.

En cualquier caso, el tipo de políticas públicas adoptadas para frenar los contagios han supuesto, en muchos casos, una fuerte limitación de libertades fundamentales (Bove y Di Leo, 2020; Briscoses *et al.*, 2020). Las más visibles han sido las restricciones a la movilidad, que incluyen confinamientos domiciliarios (generalizados o a grupos específicos), confinamientos perimetrales y toques de queda. Pero más allá de eso, se han planteado numerosas tensiones entre las consideraciones de salud pública y derechos fundamentales como la libertad de culto, la participación política, la libertad económica o, incluso, el acceso a la cultura. La cuestión es que, en el contexto de la pandemia, la garantía de la salud pública puede suponer una mayor predisposición

a aceptar determinados recortes de derechos (Arcenaux *et al.*, 2020; Alsan *et al.*, 2020).

Pero los dilemas ético-políticos de la pandemia van más allá de la tensión entre salud y libertad individual. El reto planteado por la pandemia también ha tenido impacto en las formas de gobernanza. Básicamente por dos motivos. El primero es la complejidad técnica del problema, que requiere incorporar el asesoramiento y la capacidad científico-técnica a la toma de decisiones de un modo mucho más directo e intenso que en condiciones normales. Esto plantea un potencial conflicto de legitimidades, puesto que la legitimidad democrática que sustentan los políticos electos se puede contraponer con la basada en los resultados o los conocimientos de los expertos.

A menudo se producen tensiones entre científicos y políticos, y eso puede degradar la percepción de legitimidad del sistema político y de las decisiones de las autoridades. La tensión entre la democracia de partidos y el gobierno tecnocrático no es nueva (Bertsou y Caramani, 2020; Caramani, 2017; Lavezzolo *et al.*, 2020), pero en este contexto de pandemia se ha agudizado y ha tomado una nueva dimensión. Durante la crisis financiera de 2008 esta tensión ya se planteó de manera especialmente cruda en algunos países, como Italia, pero entonces los expertos relevantes estaban vinculados a la economía. Ahora, además, han entrado en escena los expertos en epidemiología y salud pública y, posiblemente, en la fase de reconstrucción volverá la tecnocracia económica.

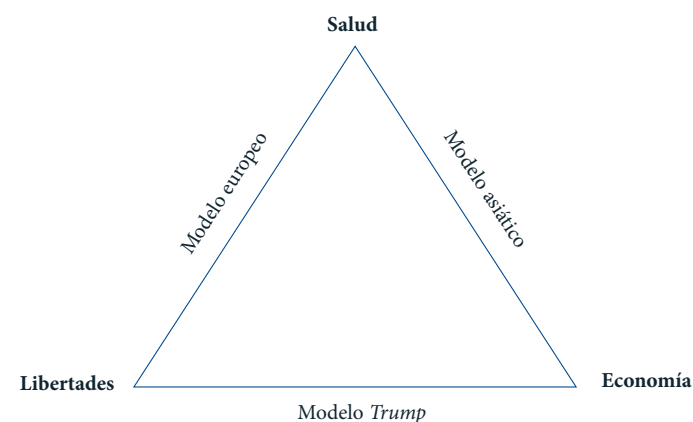
La segunda razón por la que la pandemia tiene un impacto en la gobernanza es la necesidad de coordinación entre Administraciones e instituciones para dar respuesta a los retos planteados por el virus (Dayrit y Mendoza, 2020). Tanto a nivel vertical (entre niveles de gobierno) como horizontal, entre distintos poderes y entre distintos países (McNamara y Newman, 2020; Garmendia y León, 2020). La necesidad de dar una respuesta rápida, integral y coordinada a la pandemia ha implicado que en muchos casos se haya otorgado poderes especiales a los ejecutivos mediante mecanismos como el estado de alarma, en el caso español (Przeworski, 2020). Ha habido abundante variación entre países en la concreción jurídico-institucional, y en algunos casos se ha generado un intenso debate sobre la tendencia a la concentración de poder y los riesgos que comporta para la democracia y, en general, para los equilibrios político-

institucionales (Amat *et al.*, 2020). Pero no ha faltado quien ha alabado la eficacia de los sistemas autoritarios para gestionar la pandemia (Cepaluni *et al.*, 2020), a pesar de que haya abundante evidencia que lo cuestiona (Ang, 2020; Cheibub *et al.*, 2020; Frey *et al.*, 2020; Sebhatu *et al.*, 2020).

Si unimos estas piezas, se dibuja un triángulo que podemos denominar el «trilema de la pandemia». Cada uno de los lados del triángulo representa una de las tensiones descritas más arriba. Las decisiones políticas deben equilibrar la protección de la salud pública, la preservación de las libertades ciudadanas y el equilibrio democrático de poderes, y el funcionamiento de la economía. Una respuesta política situada en uno de los vértices privilegiaría una dimensión frente a las otras dos, y una situada en uno de los lados daría prioridad a dos de las tres dimensiones. En este triángulo es en el que deben de tomar sus decisiones los responsables políticos en tiempo de pandemia.

De hecho, si analizamos el debate público con este prisma, podemos identificar básicamente tres modelos de respuesta a la pandemia en función de qué lados del trilema se priorizan. Son modelos ideales, que no pretenden describir ningún modelo concreto, pero sí sirven para estructurar el análisis. En la figura 1 representamos gráficamente el trilema:

Figura 1. El trilema de la pandemia



En primer lugar, hay un modelo que denominamos *modelo Trump* porque lo podemos identificar con la derecha liberal de inspiración norteamericana, aunque no es exclusivo de Norteamérica. Es un modelo que prioriza la preservación de la economía en funcionamiento y de las libertades individuales aun a costa de sacrificar la salud pública permitiendo que se extienda el virus. Es la postura que defiende las mínimas restricciones y la mínima injerencia de los poderes públicos en la vida privada de las personas y en la actividad económica. Es un modelo escéptico con determinados instrumentos de control de la pandemia, como la obligatoriedad del uso de mascarillas, por ejemplo.

En segundo lugar, hay lo que podríamos denominar el *modelo asiático*. Es un tipo de respuesta a la pandemia basada en una intervención muy contundente para reducir de modo drástico, hasta eliminar, la circulación del virus. El objetivo es proteger la salud y la economía permitiendo un retorno rápido a la actividad normal. El elemento fundamental sobre el que descansaría este tipo de respuesta es la vigilancia epidemiológica activa, aun a costa de interferir en las libertades fundamentales. Se sirve de elementos como el seguimiento de contactos mediante tecnología, restricciones severas y selectivas de movilidad, y test y cuarentenas obligatorias que en algunos casos incluyen internamientos en dependencias específicas.

El tercer modelo lo denominamos *modelo europeo* por ser, *de facto*, la aproximación más común en los países europeos. Se trata de un intento de proteger la salud pública, pero con límites a la invasión y restricción de libertades. Eso supone un obstáculo para implementar algunas medidas de control de movimientos y confinamientos selectivos que caracterizan el modelo asiático. Una implicación de esta limitación es que a menudo lleva a establecer restricciones que se alargan en el tiempo, afectando severamente a la actividad económica. Las políticas económicas expansivas tienen como objetivo compensar o amortiguar los costes económicos de las restricciones mediante transferencias, créditos y subsidios.

Evidentemente, como hemos dicho, los modelos que definimos no representan casos reales: se trata de tres tipos ideales de respuestas a la pandemia. En la práctica no hay ningún país que haya optado totalmente por sacrificar uno de los tres vértices del triángulo. Sin embargo, sí que se pueden identificar

con claridad respuestas que priorizan un lado frente a los otros en distintos grados (para un análisis comparado de las respuestas en términos de políticas públicas, ver Petherick *et al.*, 2020). En cualquier caso, más que la descripción de casos reales, el objetivo es la conceptualización de la estructura subyacente a los dilemas que afrontan los decisores políticos en tiempo de pandemia.

El estudio de las preferencias individuales

En este trabajo planteamos un estudio de estos dilemas desde el punto de vista de las preferencias de la ciudadanía. La definición del triángulo nos permite conceptualizar los dilemas. Más allá de estudiar las posiciones de los distintos actores con influencia en la toma de decisiones (políticos, sectores económicos y científicos), es importante entender cómo la ciudadanía reacciona ante estos dilemas que plantea la pandemia. Entender las percepciones ciudadanas es importante porque define, entre otras cosas, el marco de viabilidad de las políticas públicas. La opinión pública condiciona mucho las decisiones de los políticos, especialmente en periodos electorales.

Además, es importante analizar la respuesta ciudadana a estos dilemas porque una amenaza externa y súbita como la pandemia puede alterar de manera sustancial las preferencias ciudadanas. Si en un contexto de amenaza para la salud y la vida la ciudadanía modifica sus preferencias y se vuelve más tolerante ante restricciones de las libertades fundamentales, esto puede tener implicaciones más a largo plazo. En un cierto sentido, el contexto de choque emocional de la pandemia puede representar una suerte de ventana de oportunidad para líderes políticos con voluntad de expandir su ámbito de poder.

Datos y métodos

Para analizar estas cuestiones utilizamos una encuesta de tipo panel en la que entrevistamos a las mismas personas a lo largo del tiempo. Por el momento, en nuestra encuesta hemos realizado cuatro oleadas: enero de 2020, marzo de 2020, junio de 2020 y noviembre de 2020. De todos modos, para analizar

de manera directa el trilema de la pandemia, nos fijaremos en las oleadas de junio y noviembre de 2020. En junio encuestamos a unas 1.200 personas, y en noviembre recontactamos con los encuestados en junio, añadiendo 400 personas adicionales. Todos los datos se han recogido mediante el panel en línea de la empresa Netquest, empleándose cuotas de sexo, edad y nivel de estudios para hacer la muestra representativa.

Para analizar las preferencias ciudadanas respecto al trilema de la pandemia incluimos un experimento de elección, siguiendo el modelo de los experimentos factoriales o experimentos *conjoint*. Este diseño de investigación radica en presentar a los encuestados una serie de tareas consistentes fundamentalmente en escoger entre parejas de opciones u escenarios. En nuestro caso, se trata de elegir entre escenarios de desescalada de las restricciones.

Estos escenarios varían de modo aleatorio en distintas dimensiones que pretenden capturar diversos niveles de protección de la salud, de las libertades y equilibrio político, y de la economía. A cada encuestado se le presentan diez parejas de escenarios aleatorios, y eligen el que prefieren entre cada pareja. Esto nos permite estimar el efecto que tiene cada una de las características en la preferencia ciudadana por un escenario u otro. La aleatorización entre las características de la pareja de escenarios que presentamos a los encuestados nos permite estimar los efectos haciendo creíble la asunción básica del *ceteris paribus*, para poder inferir el efecto causal de cada atributo y nivel.

En la tabla 1 presentamos el diseño del experimento tal y como se presentó en la cuarta ola (noviembre de 2020). Entre ambas olas solamente se alteraron las fechas de vuelta a la actividad normal. Como muestra la tabla, en los distintos tratamientos que se presentaban a los encuestados había variación en los niveles de paro, de probabilidad de una afectación en términos de muertos similar a la de la primera ola de 2020, y también en las limitaciones de libertades (en este caso centradas en la posibilidad de rastreo de teléfonos móviles) y en los poderes especiales para el gobierno. De este modo se cubren los distintos elementos del trilema de la pandemia. Añadimos un tratamiento con el horizonte temporal para la vuelta a la normalidad a fin de poder analizar las decisiones de los encuestados en términos de dilema intertemporal.

Tabla 1. Diseño del experimento

Para terminar, nos gustaría que pensaras en las siguientes dos situaciones hipotéticas que podrían darse en el futuro próximo. Si pudieras elegir, ¿cuál preferirías: A o B?

Atributo	Situación A	Situación B
Vuelta a la actividad normal	Aleatorizar entre (solo una): ■ Noviembre de 2020. ■ Enero de 2021. ■ Marzo de 2021.	Aleatorizar entre (solo una): ■ Noviembre de 2020. ■ Enero de 2021. ■ Marzo de 2021.
Número de parados a mediados de 2021	Aleatorizar entre (solo una): ■ Similar al de antes del coronavirus. ■ 1 millón más de parados. ■ 2 millones más de parados.	Aleatorizar entre (solo una): ■ Similar al de antes del coronavirus. ■ 1 millón más de parados. ■ 2 millones más de parados.
Probabilidad de rebrote grave que provoque un número de muertos similar al del primer brote	Aleatorizar entre (solo una): ■ 5%. ■ 20%. ■ 50%. ■ 80%.	Aleatorizar entre (solo una): ■ 5%. ■ 20%. ■ 50%. ■ 80%.
Control de los movimientos de la población	Aleatorizar entre (solo una): ■ El gobierno NO TENDRÁ el derecho de rastrear los teléfonos móviles para controlar los movimientos de la población y sus contactos. ■ El gobierno TENDRÁ el derecho de rastrear los teléfonos móviles para controlar los movimientos de la población y sus contactos.	Aleatorizar entre (solo una): ■ El gobierno NO TENDRÁ el derecho de rastrear los teléfonos móviles para controlar los movimientos de la población y sus contactos. ■ El gobierno TENDRÁ el derecho de rastrear los teléfonos móviles para controlar los movimientos de la población y sus contactos.
Poderes del gobierno	Aleatorizar entre (solo una): ■ El gobierno NO TENDRÁ poderes especiales para poder aprobar leyes sin pasar por el Parlamento. ■ El gobierno TENDRÁ poderes especiales para poder aprobar leyes sin pasar por el Parlamento.	Aleatorizar entre (solo una): ■ El gobierno NO TENDRÁ poderes especiales para poder aprobar leyes sin pasar por el Parlamento. ■ El gobierno TENDRÁ poderes especiales para poder aprobar leyes sin pasar por el Parlamento.

Resultados

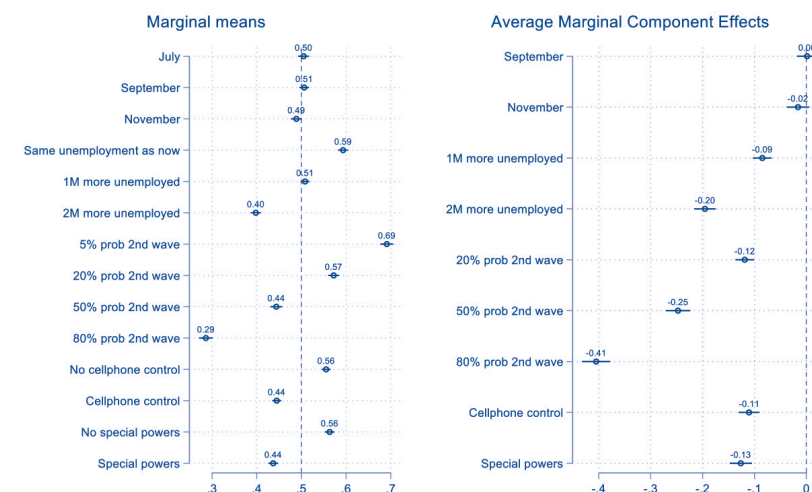
El modo más intuitivo de presentar los resultados de los experimentos *conjoint* es estimar las medias marginales de cada componente. Estas medias marginales representan la probabilidad media de que un determinado escenario sea elegido si incluye cada uno de los niveles de cada atributo. Hay que tener en cuenta que la probabilidad de referencia es $p=0,5$: si un componente no tiene ninguna influencia en las preferencias de los encuestados por un escenario u otro, la media marginal será de 0,5. En cambio, si un componente aumenta la preferencia de los encuestados por un escenario que lo incluya, entonces la media marginal será $>0,5$. Y, por el contrario, cualquier componente poco deseable para los encuestados tendrá una media marginal inferior a 0,5.

Junto con las medias marginales, presentamos los efectos marginales medios de cada componente (AMCE, por sus siglas en inglés). Los AMCE son la métrica más utilizada en el análisis de experimentos de este tipo, y miden el cambio en la probabilidad de elegir un escenario derivado de la presencia de un determinado componente respecto al nivel de referencia de cada atributo. Así, en el atributo *paro*, estimamos los efectos con respecto al nivel «mismo desempleo que actualmente». En el atributo *probabilidad de rebrote grave* lo comparamos con la probabilidad más baja (5%), y en los de la restricción de libertades respecto a la situación en la que no se restringen ni se amplían los poderes del gobierno.

La figura 2 muestra los resultados del experimento *conjoint* realizado en julio de 2020, mientras que la figura 3 presenta los mismos resultados, pero de noviembre de 2020. En el caso del mes de julio observamos que el horizonte temporal no tenía apenas efectos: no parece que en ese momento la ciudadanía estuviese especialmente interesada en un retorno rápido a la normalidad. Curiosamente, en noviembre de 2020 la perspectiva temporal de retorno a la normalidad sí tenía un efecto significativo, pero en el sentido contrario al que *a priori* se podría esperar: siendo todo el resto constante, los/as ciudadanos/as, en noviembre de 2020, preferían más (y no menos) tiempo de restricciones antes de recuperar la normalidad. Este resultado está relacionado con el contexto de elevada incidencia en el que se realizó el trabajo de campo de la segunda ola del experimento.

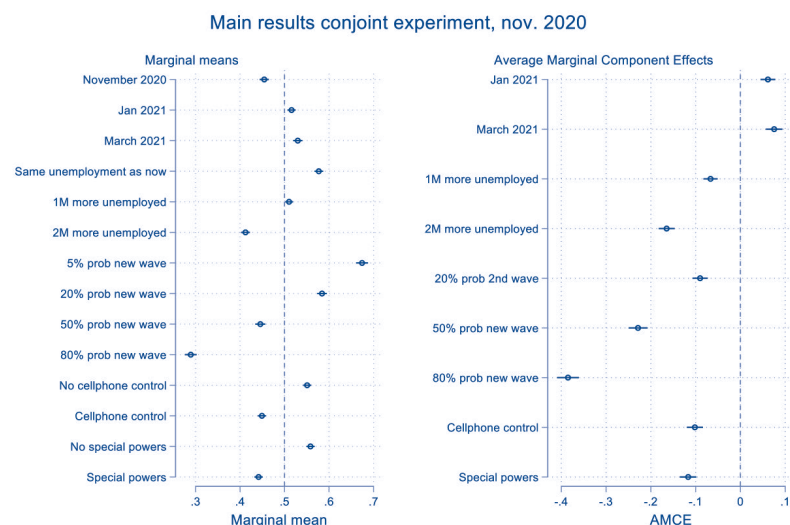
Figura 2. Resultados, julio de 2020

Main results, conjoint experiment, July 2020



Si nos fijamos en los factores que conforman el trilema de la pandemia, sí observamos que las consideraciones económicas, de salud pública y de libertades sí tenían efectos importantes en las preferencias de los encuestados por una u otra alternativa de desescalada. Aunque las tres dimensiones parecen importar, hay una jerarquía muy clara en el orden de importancia. Primero, la salud pública, después la economía y en tercer lugar la protección de las libertades y los equilibrios entre poderes.

La prioridad de la ciudadanía es claramente la protección de la salud. Así, los incrementos en la probabilidad de rebrote van aparejados a descensos significativos en la preferencia por un escenario u otro. Mientras que los escenarios con una probabilidad más baja de rebrote son preferidos con una probabilidad más alta (de 0,7 para el 5% y de 0,57 para el 20%), los que presentan probabilidades mayores de rebrote cosechan rechazos significativos (0,44 para el 50% y 0,29 para el 80%). La amplitud de la diferencia entre el escenario con menor probabilidad de rebrote y el que tiene una probabilidad más

Figura 3. Resultados, noviembre de 2020

alta es de unos 40 puntos porcentuales. Este es un dato que se repite de modo muy consistente entre olas. Esto convierte este atributo en el que tiene un mayor efecto combinado sobre las preferencias de la ciudadanía. En términos de AMCE, el peor escenario (80% de probabilidad de rebrote) reduce la probabilidad de elección en 41 puntos porcentuales.

Tras la salud pública, viene la economía en orden de importancia. El paro parece un elemento importante también de preocupación, aunque la magnitud del efecto combinado es aproximadamente la mitad que en el caso de la salud pública: entre el escenario con menos paro (media marginal de 0,6) y el de más paro (media marginal de 0,4) hay unos 20 puntos porcentuales de diferencia. Este es, de nuevo, un resultado muy estable entre julio y noviembre de 2020.

Finalmente, el factor con menos peso es la preservación de libertades y equilibrios de poderes. Aunque sí vemos un efecto, y en la dirección esperada, la magnitud del mismo es más reducida: entre los escenarios más garantistas y

los de invasión de libertades y centralización del poder hay entre 11 y 13 puntos de diferencia. Esto nos indica que de hecho el peso de estas consideraciones en las preferencias de la ciudadanía es aproximadamente la mitad que el de las consideraciones económicas, y alrededor de una cuarta parte de las consideraciones de salud.

Un elemento interesante de los experimentos *conjoint* es que el diseño del experimento nos permite comparar magnitudes entre factores. El comportamiento de los encuestados en sus respuestas al experimento nos aporta información sobre en qué medida determinados elementos generan aceptación o rechazo, y cómo se comparan entre ellos. Así, podemos ver como un incremento de dos millones de parados equivale, aproximadamente, a una probabilidad algo superior al 50% de rebrote. Esto nos permite entender cuánto están dispuestos a arriesgar los ciudadanos y ciudadanas para preservar la economía. En cambio, las limitaciones de libertades y la centralización del poder en el Ejecutivo generan un rechazo entre los encuestados similar al que genera una probabilidad del 20% de rebrote respecto a la categoría de referencia (5%), o el escenario intermedio de un millón de parados.

Discusión y conclusiones

En este estudio, basado en experimentos de encuesta, hemos podido analizar las preferencias ciudadanas respecto a lo que hemos denominado el trilema de la pandemia: la tensión entre salud pública, economía y libertades. Ante este trilema se han presentado, en el debate público, diversos modelos contrapuestos, en función de las dimensiones que priorizan. Esto ha enfrentado a menudo a políticos de distintas tendencias, pero también a agentes sociales, científicos y representantes de intereses económicos. Pero sabemos menos sobre la posición de la ciudadanía al respecto.

Por eso, en este trabajo nos hemos intentado aproximar a la estructura de preferencias y prioridades de la ciudadanía sobre el trilema de la pandemia. Más específicamente, hemos mostrado los resultados de dos experimentos de elección en los cuales presentábamos a nuestros encuestados diversas parejas de escenarios para la desescalada, en los que variaban aleatoriamente diferen-

tes niveles de riesgo de rebrote, afectación en términos de empleo y limitaciones de libertades y concentración del poder político en el Ejecutivo. Este diseño, dado que está basado en la exposición aleatoria a distintos elementos, nos permite estimar de modo creíble el efecto causal de las distintas dimensiones en la preferencia de la ciudadanía por unos escenarios u otros.

Los resultados indican que es la salud pública el factor que más impacto tiene en las preferencias ciudadanas. La diferencia entre los escenarios más positivos en términos de control de la pandemia y los más negativos es la más fuerte de todas. Le sigue la economía y, en tercer lugar, las libertades y el equilibrio de poderes. Esta jerarquía de prioridades refleja en buena medida los términos del debate público, en el que las limitaciones de derechos y las legislaciones excepcionales han sido, en general, poco cuestionadas.

Bibliografía

- Alsan M, Braghieri L, Eichmeyer S, Kim J, Stantcheva S, Yang D. Civil liberties in the time of health and economic crises. Harvard Labor/Public Seminar; 2020.
- Amat F, Arenas A, Falcó-Gimeno A, Muñoz J. Pandemics meet democracy. Experimental evidence from the COVID-19 crisis in Spain; 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.31235/osf.io/dkusw>.
- Ang YY. When COVID-19 meets centralized, personalized power. *Nature Human Behaviour*. 2020; 4: 445-447. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0872-3>.
- Arceneaux K, Bakker BN, Hobolt S, De Vries CE. Is COVID-19 a threat to liberal democracy? 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.31234/osf.io/8e4pa>.
- Bertsou E, Caramani D. People haven't had enough of experts: Technocratic attitudes among citizens in nine European democracies. *American Journal of Political Science*. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ajps.12554>.
- Bove V, Di Leo R. COVID-19, security threats and public opinions. *Peace Economics, Peace Science and Public Policy*. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/peps-2020-0033>.
- Briscese G, Lacetera N, Macis M, Tonin M. Compliance with COVID-19 social-distancing measures in Italy: The role of expectations and duration. *NBER Working Papers*. 2020; 26.916.
- Caramani D. Will vs. reason: The populist and technocratic forms of political representation and their critique to party government. *The American Political Science Review*. 2017; 111(1): 5.
- Cepaluni G, Dorsch M, Branyiczki R. Political regimes and deaths in the early stages of the COVID-19 pandemic. 2020. Disponible en: <https://preprints.apsanet.org/engage/apsa/article-details/5ea7229e5d762d001217da9a>.
- Cheibub JA, Hong JYJ, Przeworski A. Rights and deaths: Government reactions to the pandemic. 2020. Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=3645410>.
- Correia S, Luck S and Verner E, Pandemics Depress the Economy, Public Health Interventions Do Not: Evidence from the 1918 Flu (June 5, 2020). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3561560> o <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3561560>.
- Dayrit MM, Mendoza R. Social cohesion vs COVID-19. *International Journal of Health Governance*. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/IJHG-03-2020-0022>.
- Frey CB, Chen Ch, Presidente G. Democracy, culture, and contagion: Political regimes and countries responsiveness to Covid-19. Oxford University. 2020. Disponible en https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/Democracy-Culture-and-Contagion_May13.pdf.
- Garmendia A, León S. Popular reactions to external threats in federations. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.31235/osf.io/qyjt看>.
- Lavezzolo S, Ramiro L, Fernández-Vazquez P. The will for reason: voter demand for experts in office. *West European Politics*. 2020. pp. 1-26. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01402382.2020.1778917>.

McNamara KR, Newman AL. The Big Reveal: COVID-19 and globalization's great transformations. *International Organization*. 2020; 74(51): E59-E77. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0020818320000387>.

Olson M. *The logic of collective action: Public goods and the theory of groups* (Second printing with a new preface and appendix). Harvard University Press; 2009.

Petherick A, Kira B, Hale Th, Phillips T, Webster S, Cameron-Blake E, Hallas L, Majumdar S, Tatlow H, Boby Th, Angrist N. Variation in government responses to COVID-19. *Blavatnik School working paper*. 2020. Disponible en: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/variation-government-responses-covid-19>.

Przeworski A. Life in the time of COVID: First reactions, future directions. *Life in the time of COVID-19. Governance, in crisis. The Global, Governance, in crisis series*. 2020. Disponible en: <https://theglobal.blog/2020/05/28/life-in-the-time-of-covid-first-reactions-future-directions/>.

Sebhatu A, Wennberg K, Arora-Jonsson S, Lindberg SI. Explaining the homogeneous diffusion of Covid-19 policies among heterogenous countries. *V-Dem Working Paper*. 2020; 104. Disponible en: https://www.v-dem.net/media/filer_public/fb/46/fb4646f9-c7aa-4fbe-8c8f-5acffce597fa/wp_104_final.pdf.

Recomendaciones: paternalismo y pandemia

La pandemia provocada por la COVID-19 supone un reto de enorme magnitud para la salud pública, acompañado, además, de numerosos conflictos éticos en el diseño y la aplicación de las políticas de contención de los contagios y sus efectos letales. Uno de los conflictos éticos más llamativos tiene que ver con el modo en que las políticas de salud pública destinadas a frenar la pandemia limitan los derechos y las libertades individuales. Medidas como el confinamiento, el uso de las mascarillas, la distancia social, el cierre de los comercios y otras actividades económicas, etc., implican, necesariamente, la restricción de las libertades de la ciudadanía. Conseguir que la limitación de las libertades tenga el menor perjuicio posible para el valor de esas libertades, al mismo tiempo que se protege la salud de las personas, es uno de los retos éticos de esta pandemia que hemos querido abordar.

Por esta razón, la Fundació Víctor Grífols i Lucas celebró una jornada de reflexión en el mes de diciembre de 2020 que reunió a diversos especialistas en los campos de la filosofía, las ciencias políticas, la medicina y la epidemiología. De esa reunión, cuyas ponencias reproduce este cuaderno, han salido las recomendaciones siguientes:

1. La libertad individual es un principio fundamental de toda sociedad democrática. Cualquier límite a la libertad individual, aunque sea en nombre de la salud pública, debe justificarse democráticamente.
2. No existe una libertad individual absoluta. Toda sociedad limita la libertad de sus miembros con el fin de que esta no invada la libertad de los demás. Además del respeto igual a la libertad de todos y todas, la sociedad tiene el deber de crear y fomentar redes de cuidado mutuo que protejan a los individuos de los males evitables de la existencia que estos no pueden eludir por sí mismos. Así pues, las medidas de salud pública deben ir también acompañadas de medidas de protección de los efectos negativos que tales medidas pueden tener sobre la precariedad económica y la vulnerabilidad social de las personas.

3. La salud pública implica un necesario grado de cooperación social. La cooperación de la ciudadanía puede ser voluntaria o a través de algún tipo de coacción. Lo deseable es que se exploren todas las posibilidades de la cooperación voluntaria, incluida la persuasión o formas de paternalismo libertario, antes de poner en práctica cualquier medida de coacción.
4. Si el único modo de salvaguardar la salud pública (que supone un bien colectivo como también de cada uno de los individuos) es a través de la coacción, esta debe cumplir las exigencias de prudencia, proporcionalidad y equidad en todo momento.
5. La libertad individual exige también responsabilidad individual y deberes sociales. La solidaridad, la compasión y la sostenibilidad del sistema sanitario son exigencias morales asociadas a una libertad responsable, y las autoridades democráticas deben velar por su cumplimiento también en tiempos de pandemia.
6. No obstante, es indeseable, en cualquier circunstancia, que las medidas de salud pública impongan un estilo de vida sano, o simplemente se impongan, sin el consentimiento de la ciudadanía. Por esa razón, si las medidas de salud pública implican coacción, deben obtener legitimidad democrática a través de canales adecuados de participación, deliberación y aprobación por parte de todos los afectados.
7. El objetivo de las medidas de salud pública no es evitar que los individuos autónomos se dañen a sí mismos, sino que dañen a otros, aunque sea a través de comportamientos involuntarios.
8. Aunque la última palabra sobre la legitimidad de las medidas de salud pública la tiene la ciudadanía a través de sus representantes democráticamente elegidos, es conveniente que existan Agencias de Salud Pública integradas por expertos de reconocido prestigio, independientes ideológicamente y estables en el tiempo, que ayuden a tomar decisiones científicamente bien formadas.
9. Las enfermedades contagiosas como la COVID-19 muestran la interdependencia social de todos los afectados y la necesidad de una coordinación institucional eficaz (a nivel local, estatal y global) que evite la arbitrariedad en la toma de decisiones.

**Transparencia y
comunicación**

El porqué de este artículo

Andreu Segura

Coordinador del Grupo de Trabajo de Ética de SESPAS

En los anteriores textos ha quedado de manifiesto que la percepción mayoritaria de la importancia de la pandemia es que estamos frente a una potencial catástrofe apocalíptica, el Armagedón anunciado por Juan. Lo que explica y justifica el miedo de la ciudadanía (al menos de la que puede hacer oír su voz) y con ello la reclamación y la adopción de unas medidas excepcionalmente drásticas cuyas consecuencias son notorias. Una percepción canónica y hegemónica poco tolerante con las discrepancias, incluso las de matiz, a las que se acostumbra a etiquetar groseramente de «negacionistas» en bloque. A pesar de que quienes las plantean, como servidor, acepten que nos enfrentamos a un problema importante de salud pública, aunque sea difícil precisar su magnitud debido a nuestra ignorancia y nuestra incertidumbre, que nos cuesta mucho asumir y sobre todo gestionar sensata y serenamente, para intentar que el remedio no sea peor que la enfermedad.

Por ello nos ha parecido muy pertinente debatir acerca de la transparencia y la comunicación en estas circunstancias en las que el alud de datos y el vértigo de la inmediatez de las noticias genera poca información semántica; más bien desconcierto y confusión, que a modo de círculo vicioso provocan más inquietud, si cabe. Es sabido que la incertidumbre nos incomoda, tal vez por la propensión a rechazar la duda que nos induce a actuar aunque no sepamos cómo. Una intolerancia muy comprensible desde la perspectiva evolutiva de la selección natural y cultural. En la prehistoria, vacilar equivalía a desaparecer entre las fauces de algún depredador, lo que no siempre sucedía a quien se decidía resueltamente.

Una inquietud que no solo proviene de esa eventual predisposición evolutiva, sino que también se genera y, desde luego, la estimula, el sensacionalismo con el que se tratan las noticias relativas al suceso y, sobre todo, las opiniones de personajes más o menos expertos de las que se hacen eco más o menos

morboso los medios de comunicación social desde el principio del acontecimiento.

Todo ello influye en la percepción que tenemos del problema, en el sentido de acentuar su potencial gravedad. Esto provoca miedo, emoción fundamental para la supervivencia, estimulando reacciones de huida o protectoras, real o supuestamente. Y que compartido induce a pánico, actitud colectiva muy difícil de controlar; frente a la que intentar, al menos, caracterizar lo más objetivamente posible sus causas; reduciendo en lo posible la ignorancia y tratando de gestionar positivamente la incertidumbre, que, por cierto, no solo tiene que ver con la ignorancia.

Precisamente, la incertidumbre debida a la ignorancia se irá desvaneciendo paulatinamente, aunque no de manera súbita; sin embargo, es posible que permanezca aquella incertidumbre asociada a nuestra incapacidad de comprensión de una realidad de la que formamos parte, la que algunos denominan «incertidumbre radical», que otros niegan.

En cualquier caso, conviene siempre asumir la ignorancia y la incertidumbre y gestionarlas lo más adecuadamente posible porque de no hacerlo la probabilidad de cometer o de seguir cometiendo errores es mayor; equivocaciones que, en muchos casos, comportan consecuencias desfavorables que incluso podrían ser peores que aquello que ha desencadenado el miedo y el pánico.

Pero la ignorancia y la incertidumbre no están bien vistas. No son valores culturales hegemónicos. A pesar del encomio de los clásicos sobre la conveniencia de asumir la ignorancia como condición característica de la naturaleza humana. Conscientes de que no tenerla en cuenta es la mejor manera de sucumbir a ella. De ahí la conveniencia de atender consideraciones como las de Karl Popper,¹ pensadas precisamente en el contexto de la medicina. Apelaciones no tanto a la virtud de la humildad como a la minimización de las distorsiones. Asumir la ignorancia y la incertidumbre no equivale, sin embargo, a negar las responsabilidades sobre las eventuales consecuencias de los errores y las dudas. Responsabilidades que en nuestras sociedades acostumbran a limitarse a las negligencias, actitudes que incluyen cierta intencionalidad, siquiera por omisión, punible. Pero la denuncia de Popper tiene más que ver con las consecuencias que con el prestigio –la valoración de los

pares– y todavía más con la autoestima –vergüenza y sentimiento de culpa–, pues nos cuesta reconocer que nos hemos equivocado o que dudamos.

Asumir la ignorancia tampoco significa resignarse y mucho menos cultivarla. De ahí la importancia del conocimiento y, aunque se reconocen varios tipos –el místico o el artístico, por ejemplo–, ahora aquí interesa el conocimiento científico, porque, a pesar de sus limitaciones –solo sirve para contrastar aquellas explicaciones que se pueden refutar y, además, no es absolutamente definitivo–, es el único tipo de conocimiento que se puede replicar y debatir. No es dogmático, es decir no es incuestionable, como lo es la fe,² que proporciona creencias, las cuales son mucho más convincentes –para quien las experimenta– que el saber.

Pero es digna de atención una adhesión tan amplia a una reacción extraordinariamente drástica. Sobre todo si tenemos en cuenta la incertidumbre, la confusión y el desconcierto con respecto a la auténtica magnitud del problema. Que, contrariamente a la tradición histórica, no se puede atribuir a la ausencia de datos, sino más bien al contrario, ya que la avalancha de noticias, conjeturas y elucubraciones de muy diversa validez y precisión es hartamente difícil de valorar, entre otras razones por la inusitada accesibilidad.

Un alud de datos, muchos de los cuales, particularmente los procedentes de los ámbitos académicos y profesionales que, en principio, son los que merecen más confianza a la población, nos llegan esquivando los procedimientos habituales de revisión mediante los atajos de unos medios de comunicación social no demasiado rigurosos en la selección y elaboración de las noticias y opiniones de las que se hacen vector de transmisión, para usar una denominación oportunista.

Incluso los recogidos, elaborados y publicados por los organismos formal y legítimamente responsables de la salud pública, no siempre son objeto de una validación en cuanto a su significado en términos de conocimiento epidemiológico. A menudo porque las mismas autoridades no tienen suficiente control sobre la calidad de los datos que les llegan; también por la insistencia contumaz en la exigencia de transparencia; una obligación ética y política ineludible pero que contrariamente a lo que parece no significa hacer públicos todos los datos recogidos sino, más bien, facilitar la información relevan-

te –perdón por la redundancia– para la población y, también, por supuesto, no esconder ni obstaculizar ningún requerimiento complementario.

Tal cantidad de noticias sobre la cuestión ha promovido la percepción de que lo que estaba pasando no podía ser otra cosa que un problema grave, incluso gravísimo; para algunos, incluidos reputados científicos de diversos ámbitos, catastrófico. Y, como es habitual en estos casos, la reacción más frecuente ha sido el miedo, un miedo inmenso –como cantaba Raimon en «Cuatro ríos de sangre»–, casi aterrador.

Para algunos incluso quizá habría llegado la hora del Armagedón con la que nos asustaba Juan en el Apocalipsis. Los sentimientos de culpa son, en nuestra cultura, bastante poderosos, particularmente para la gente acomodada, y motivos para sentirnos culpables no faltan. Y la culpa a menudo explica algunas actitudes pretendidamente expiatorias con las que redimirnos y, al menos, aliviar los castigos.

En todo este período, algunas llamadas a la calma –pocas– no eran suficientemente verosímiles para merecer la confianza de la población, ni siquiera de los profesionales sanitarios. A ninguna de ellas se le reconocía la *autoridad* –en el sentido platónico del vocablo– para reclamar serenidad y sensatez. La mayoría de los responsables políticos, tácitamente cuando menos, parecía asumir la gravedad de la situación a pesar de no atreverse aún a adoptar las medidas que buena parte de la población, atemorizada, solicitaba y que algunas fuerzas políticas estatales y autonómicas reclamaban airadamente.

La mayoría de las voces de los expertos –particularmente profesionales de la medicina– que captaban la atención de los medios de comunicación coincidían en la gravedad de la situación. Incluidos los especialistas en medicina preventiva y salud pública. Y, por desgracia, bastantes de los más escépticos eran más bien extravagantes, cuando no estrafularios o incluso estrambóticos, por lo que a menudo eran tachados, merecidamente, de irresponsables por «negacionistas», conspiranoicos u otros motivos justificados.

Promover la confusión en un colectivo inquieto y preocupado es vocinglero y alborotador, sin que contribuya a estimular la reflexión. Pero no todos. Pero no siempre. Algunos de ellos manifestaban dudas sobre la valoración

de la magnitud de la tragedia y la exactitud y precisión de los datos con los que calificábamos y cuantificábamos el impacto de la pandemia. Un impacto que dada la dedicación y el interés en monitorizarlo era difícil de comparar con el de otras plagas, aunque algunas de ellas –como la gripe llamada asiática, entre 1957 y 1958, o la malaria– no tienen nada que envidiar en cuanto a la gravedad del problema.

Argumentos y consideraciones que generaban muchas dudas, no solo en cuanto a la importancia real del problema sino sobre todo en cuanto a las medidas propuestas y finalmente adoptadas; las cuales podían provocar consecuencias más indeseables y negativas aún que la propia infección. Pero ni las sociedades científicas, ni las organizaciones y Administraciones sanitarias, ni tampoco los medios de comunicación social han fomentado debates sobre discrepancias argumentadas y serias. Una iniciativa que seguramente requiere mucha competencia profesional para no convertirse en una charla estéril de gallinero.

Se necesita mucha serenidad para afrontar una situación en la que predominan la ignorancia, la ambigüedad y la incertidumbre, características que hacen casi imposible una respuesta lógicamente irrefutable, por lo que hay que recurrir a la prudencia y tratar de tomar aquella decisión que nos parezca mejor, o menos mala, sin ninguna garantía de acertar. La cuestión entonces es que lo que es mejor tampoco es igual para todos. Ni por su propio significado –una valoración subjetiva– ni, aunque todo el mundo estuviera de acuerdo, porque lo que es mejor para unos puede no serlo para otros.

Y para ello se necesita también coraje. No solo por parte de quienes están legitimados para tomar decisiones que nos afectan a todos. Decisiones que, en ausencia de otras preferencias sociales que las de adoptar medidas lo más contundentes y espectaculares posibles –aunque no esté clara su efectividad–, casi inexorablemente los convertirán en populistas. Sobre todo sin el suficiente apoyo de las fuerzas políticas relevantes, las cuales tampoco tendrán nada que ganar en apoyar opciones impopulares. Un coraje que tampoco han demostrado aquellos que por su profesión podrían haber intentado al menos liderar planteamientos más circunspectos.

Por un lado, los salubristas y epidemiólogos, más capacitados teóricamente para valorar las limitaciones de los datos disponibles y sobre todo para sope-

sar si los efectos indeseables de las medidas protectoras podrían perjudicar más tanto la salud de la gente como los determinantes de esta salud, aunque lo que les pedía insistentemente la sociedad eran precisamente soluciones inmediatas para superar el problema, al menos aparente o simbólicamente, porque lo que preocupaba realmente era el miedo que ciertamente generaba la pandemia, sobre cuyas características, sin embargo, seguía habiendo mucho desconocimiento e incertidumbre. Tratar de calmar el miedo, al menos, era una reacción que además de esperada y deseada por la población, resultaba mucho más gratificante que asumir claramente la ignorancia, analizar lo más fría y objetivamente posible la situación y poner de manifiesto las ventajas e inconvenientes previsibles de cada una de las medidas propuestas. Una actitud que además de ralentizar las posibles aportaciones específicas de la medicina preventiva y de la salud pública podía generar desconcierto, si no rechazo, entre la gente.

Por otra parte, desde la filosofía, la ética o la politología tampoco han destacado, hasta hace bien poco, las advertencias acerca de las potenciales consecuencias negativas de las drásticas medidas propuestas –eso sí, la mayoría de ellas conformes con la valoración de que se trataba de un problema sanitario de gravedad apocalíptica–. Y cuando lo han hecho ha sido para quejarse de una eventual falta de preparación –que en ningún caso garantizaría el éxito y que, como cualquier otra iniciativa, no es forzosamente inocua–, para denunciar los recortes en el sistema sanitario, aunque dada la ausencia de tratamientos específicos y de profilaxis clínica no parece muy lógico. Incluso los dilemas generados por la escasez de camas en las unidades de cuidados intensivos a la hora de establecer criterios de prioridad justos han dejado en segundo término valorar las indicaciones de estas medidas que, en algunos casos por lo menos, no solo no han conseguido evitar las defunciones de los afectados, sino que incluso han comportado un encarnizamiento inútil.

Sirva este prolijo prólogo para presentar a las dos ponentes de esta sesión, a quienes les agradezco, en nombre de SESPAS y de la Fundació Víctor Grifols i Lucas, su participación. Les hemos pedido que valoren la importancia de la comunicación de las noticias, de los datos, de la información y del conocimiento desde la perspectiva de la autoridad política –que ostenta la legiti-

dad para tomar decisiones en nuestro nombre– y de los medios de comunicación social acerca de las dimensiones más relevantes, en su opinión, relativos a los efectos atribuibles al papel que han jugado y siguen jugando, por un lado, las autoridades sanitarias y, por otro, los medios de comunicación social, particularmente respecto de la percepción de la magnitud de la pandemia, de su importancia «objetiva» y, sobre todo, de las consecuencias a la hora de asumir, respetar o padecer las medidas preventivas adoptadas.

Algunas de las preguntas que yo personalmente me hago son:

1. ¿Por qué no facilitan las autoridades el significado preciso (o la ambigüedad) de cada uno de los indicadores y datos de manera asequible? Por ejemplo mediante una plataforma pública en Internet; o un pie de página en cualquier comunicación; o señalando explícitamente si son comparables o no los indicadores de unos y otros, etc.
2. ¿Por qué las autoridades no promueven debates con argumentos entre personas que discrepan?
3. ¿Cómo se puede paliar la utilización partidista de la situación?
4. ¿Por qué los medios se hacen eco de opiniones y valoraciones que son de muy dudosa verosimilitud?
5. ¿Por qué actúan impunemente tanto los medios como los expertos y las autoridades?
6. ¿Se puede compaginar la libertad de expresión con la responsabilidad comunicativa? ¿Cómo?
7. ¿Serviría de algo que las entidades en las que trabajan los expertos tuvieran que rendir cuentas públicamente sobre sus opiniones? ¿de ellos?

Notas

1. McYntire N, Pooper K. The critical attitude in Medicine: the need for a new ethics. *BMJ*. 1983; 287: 1.219-1.223.
2. «Es, pues, la fe la certeza de lo que se espera, la convicción de lo que no se ve», Heb. 11:1.

Transparencia y comunicación de riesgo en la sociedad digital^a

Beatriz Gallardo-Paúls

Universitat de València

All risk communication operates in a realm of uncertainty: 'facts about the situation or event may be unclear and the science base underpinning potential responses imperfect'. Communicable diseases in themselves are complex, dynamic and uncertain phenomena [...]. In addition, risk communication frequently operates in emotionally-charged environments as 'fear, anxiety, distrust, anger, outrage, helplessness, and frustration' are common reactions to the health risks associated with communicable diseases.¹

1. Introducción

Desde que Ulrich Beck (1986)² propusiera el concepto de «sociedad del riesgo», el análisis de su dimensión comunicativa no ha dejado de desarrollarse, recogiendo la experiencia acumulada de gestión de diversas catástrofes y pandemias: desde las explosiones químicas de Flixborough (1974) o la fuga tóxica de Seveso³ (1976), pasando por los accidentes nucleares de Three Mile Island (1979) o Chernóbil (1986), hasta los tsunamis de Indonesia (2004) y Fukushima (2011), o la crisis del Ébola (2014). En este itinerario se han ido consolidando dos ámbitos metadiscursivos: la *comunicación de crisis* y la *comunicación de riesgo*. Simplificando un poco, cabría pensar que cuanto más eficaz sea la comunicación de riesgo, más se podrá retrasar la comunicación de crisis.

Aunque resulte evidente que la comunicación de las decisiones políticas y la información sobre la pandemia de la COVID-19 no van a solucionar la situa-

a. Este trabajo se incluye en el proyecto de investigación PRODISNET 2: Procesos discursivos en internet: desplazamientos enunciativos y efectos hiperbólicos en el discurso político. Ref. RTI2018-093523-B-I00, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

ción de enorme crisis que atravesamos, también es adecuado señalar que una mala comunicación de lo que se haga puede convertir en ineficaces las medidas propuestas. En este sentido, parece sin duda oportuno, y hasta necesario, incluir la comunicación de riesgo como uno de los pilares de la gestión de los procesos asociados a la COVID-19, una necesidad interdisciplinar que fue puesta en evidencia ya en 2011 cuando la Unión Europea encargó a un grupo de expertos un informe sobre la gestión de la emergencia del virus N1H1 (Drottz-Sjöberg, 2011).⁴

Fischhoff (1987)⁵ definía la comunicación de riesgo como la difusión de información con el objetivo de que las audiencias puedan situar el riesgo en su contexto, tomen las decisiones adecuadas y adopten un nivel apropiado de preocupación por el mismo. Más tarde, el propio Fischhoff (1995)⁶ propuso las conocidas siete fases de la comunicación de riesgo, cuya misión esencial era superar la distancia entre el conocimiento experto y el de la ciudadanía:

1. Conseguir los números correctos.
2. Transmitir los números al público.
3. Explicar el significado de esos números.
4. Mostrar al público que ha aceptado riesgos similares en el pasado.
5. Mostrar al público que se trata de un buen acuerdo para ellos.
6. Ser amables con los ciudadanos.
7. Hacerlos partícipes.

Este planteamiento, sin embargo, ha sido muy criticado porque, entre otras cosas, supone un enfoque de los procesos discursivos demasiado vertical, asume que los expertos desprecian las creencias que los ciudadanos puedan tener sobre sus temas, y no tiene en cuenta la intervención activa de la ciudadanía (pensamos, por ejemplo, en reacciones a la COVID-19 como compras desmesuradas, discriminación de ciudadanos de origen asiático, difusión de bulos malintencionados, etc.). Además, este modelo elude el carácter especialmente *dinámico, inestable y procesual* de la comunicación de riesgo, que los procesos de digitalización de las últimas décadas no han hecho sino reforzar.⁷ Surge así un cambio de perspectiva que se apoya en tres factores:

1. La intervención activa del público lego en los asuntos de riesgo. Nuestra sociedad se caracteriza por neutralizar las diferencias entre

los emisores de la esfera pública (Gallardo-Paúls, 2018),⁸ y porque la credibilidad de una persona no parece basarse en criterios de ciencia o conocimiento, sino de popularidad.

2. La responsabilidad que implica la toma de decisiones y la necesidad de grandes pactos sociales para la protección ambiental y de la salud pública. En nuestro país esto se ha plasmado sobre todo en la activación de mecanismos de gobernanza, como las Conferencias de Presidentes autonómicos y las reuniones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ya no se puede delegar la decisión en un único nivel de gobierno y es necesario introducir la gobernanza, pero esta aporta muchísima complejidad tanto en los procesos políticos como en los comunicativos.
3. La difusión de las informaciones en la Red, que da pie a procesos comunicativos multidireccionales y no controlables, incluyendo entre ellos los procesos de viralización de las desinformaciones en sus diferentes manifestaciones: errores, bulos y libelos (Derakhshan y Wardle, 2017, p. 7).⁹

En este nuevo contexto de multiplicidad enunciativa y de procesos multidireccionales, la comunicación de riesgo asume el objetivo (Renn, 2006)¹⁰ de «ayudar a las partes interesadas y al público en general a comprender el fundamento de una decisión basada en el riesgo, y llegar a un juicio equilibrado que refleje la evidencia objetiva sobre el asunto en cuestión en relación con sus propios intereses y valores».

Esta idea de convencer de la *racionalidad* de las decisiones tomadas resulta fundamental; e involucra tanto a los agentes gubernamentales que toman esas decisiones como a los medios de comunicación y las instancias educativas.

2. Las buenas prácticas en comunicación de riesgo

La transparencia no es solo necesaria en la gestión comunicativa de las crisis sociales, sino que constituye en sí misma una exigencia de las sociedades democráticas. Pero, como veremos a lo largo de este trabajo, las tensiones a

las que se ve sometido el concepto de transparencia durante una emergencia de salud son múltiples, afectando a diversos elementos del acto comunicativo.

Las distintas experiencias de brotes pandémicos han generado bastante bibliografía sobre la gestión comunicativa específica de este tipo de crisis. Reynolds¹¹ señala específicamente que en casos de pandemia la comunicación de riesgo ha de basarse en los siguientes conceptos clave:

- Las personas necesitan información sobre lo que se sabe y lo que no se sabe, así como orientación provisional para formular decisiones que ayuden a proteger su salud y la salud de los demás.
- La coordinación en la divulgación de información entre los funcionarios de salud estatales, autonómicos y locales es fundamental para ayudar a evitar la confusión.
- Los ciudadanos deben saber cómo protegerse y cómo proteger a sus familiares y allegados.
- La comunicación durante una pandemia debe minimizar la especulación, establecer claramente las fortalezas y limitaciones de los datos y evitar percepciones alarmistas en la ciudadanía.
- Una pandemia generará una demanda inmediata, intensa y sostenida de información por parte del público, los servicios de salud, los encargados de diseñar políticas y los medios de comunicación.
- La difusión oportuna y transparente de información técnicamente precisa y basada en la ciencia sobre la enfermedad y sobre el avance en la gestión de la epidemia puede generar confianza pública.

Por su parte, la Guía de la OMS de 2018 señala tres principios básicos que deben guiar la comunicación de riesgo (2018, p. xii):¹²

«Confianza: Para generar confianza, las comunicaciones de riesgo deberán estar vinculadas a servicios operativos y accesibles, ser transparentes, realizarse en tiempo oportuno y ser fáciles de comprender, reconocer los elementos de incertidumbre, ir dirigidas a las poblaciones afectadas y propiciar su participación, perseguir la autoeficacia y ser difundidas a través de múltiples plataformas, métodos y cauces.

Comunicación de los elementos de incertidumbre: Las comunicaciones de las autoridades dirigidas a la población deberán incluir información expresa

sobre los elementos de incertidumbre asociados a los riesgos, eventos e intervenciones, e indicar qué aspectos se conocen y cuáles se desconocen en un determinado momento.

Participación de la comunidad: Es fundamental identificar a personas que gozan de la confianza de la comunidad y estrechar lazos con ellas para seguidamente hacerlas participar en el proceso de toma de decisión, con el fin de asegurar que las intervenciones estén basadas en la colaboración y se adapten al contexto y que la comunidad sienta el proceso de comunicación como propio.»

Estas recomendaciones se plasman en cinco prácticas óptimas para la comunicación eficaz con el público en caso de brotes epidémicos:

1. Mantener la confianza.
2. Comunicar temprano.
3. Actuar con transparencia.
4. Comprender al público.
5. Planificar bien.

Por su parte, el CDC estadounidense identifica¹³ ciertas recomendaciones en la misma línea:

1. Sea el primero.
2. Sea creíble.
3. Promueva iniciativas.
4. Diga lo correcto.
5. Exprese empatía.
6. Muestre respeto.

Por último, cuando estos rasgos se analizan desde la óptica del receptor se concluye que la ciudadanía valora sobre todo tres aspectos en la comunicación de riesgo:

1. La precisión.
2. La velocidad de reacción.
3. La confianza y la credibilidad.

Si analizamos estas buenas prácticas centrando nuestro enfoque en la transparencia comunicativa, encontramos una multiplicidad de tensiones que revisamos en los siguientes párrafos.

3. Los límites de la transparencia en la comunicación de riesgo vinculada a la COVID-19

La transparencia favorece decisiones competentes, hace que la población se sienta implicada y facilita alianzas estratégicas con los representantes de los medios de comunicación. Pero la esfera comunicativa internacional en la que se ha desplegado la pandemia del coronavirus impone algunas restricciones y tensiones a la transparencia comunicativa, por ejemplo:

- *Veracidad vs. incertidumbre*: las necesidades informativas de la ciudadanía pueden exceder el conocimiento científico sobre la epidemia y su evolución previsible.
- *Ciencia vs. populismo*: la precisión del discurso científico desaparece en una esfera pública dominada por el populismo, que busca recetas rápidas y simples.
- *Anticipación vs. tardanza*: la comunicación ha de anticiparse a la evolución de la epidemia, pero sin que esa anticipación sea contraproducente.
- *Tempo científico vs. tempo político (saber/decidir)*: el tiempo que necesita la consolidación de certezas científicas no coincide con la necesidad de tomar decisiones políticas puntualmente. El discurso científico tiene una complejidad, unos ritmos y una relación con la verdad distintos a los del discurso político.
- *Alarmismo vs. despreocupación*: es necesaria una gestión proporcionada y útil del miedo, evitando caer en el alarmismo excesivo sin abandonar la máxima cautela.
- *Autoritas vs. influencers*: la esfera digital impone una jerarquización de voces que entra en conflicto con los estándares del discurso científico, cediendo protagonismo a la espectacularización y la narrativización por encima del argumento sereno, incluyendo los bulos y las voces no autorizadas.

3.1. Veracidad vs. incertidumbre

Uno de los artículos más leídos y citados de la lingüística del fin de siglo xx es, sin duda, un texto de Paul H. Grice de 1975 titulado «Lógica y conversación».¹⁴ Grice iniciaba su texto asimilando el acto conversacional con una transacción (en concreto, la de ir a la ferretería a comprar tornillos), y planteaba la existencia de cuatro máximas o leyes discursivas (conocidas en nuestro ámbito como *máximas conversacionales*), que, según proponía, gobiernan todas nuestras interacciones verbales, si bien señalaba que puede haber situaciones en las que este principio de cooperación se rompa (por ejemplo, la cortesía de las mentiras piadosas, que nos lleva a no decir la verdad) o en las que resulte imposible respetar todas las máximas (por ejemplo, cuando no sabemos lo bastante como para dar toda la información necesaria).

De su propuesta de cuatro máximas nos interesan especialmente en este trabajo la máxima de la calidad («intenta que tu contribución sea verdadera, no des información que creas falsa o no esté respaldada por la evidencia») y la máxima de la cantidad («no des más ni menos información de la necesaria»), puesto que la comunicación de riesgo puede llevar con facilidad a un conflicto entre ambas.

Efectivamente, una de las cuestiones que ha puesto de manifiesto la comunicación sobre la COVID-19 ha sido la tensión constante entre la necesidad de que la ciudadanía esté bien informada (durante el confinamiento comScore registró máximos históricos de audiencia y un aumento del tiempo dedicado a leer noticias en formato digital) y la incertidumbre del conocimiento científico sobre el virus. La necesidad de saber/entender y el conocimiento sobre la enfermedad no solo han seguido ritmos discordantes, sino que además obedecen a dinámicas de complejidad diferente. Con alto nivel de frecuencia, la respuesta más adecuada a las preguntas de la ciudadanía debería ser «depende», pero esta respuesta no responde a la claridad necesaria para la sociedad.

Esta tensión entre veracidad e incertidumbre resulta problemática porque un objetivo fundamental de la transparencia es mantener la confianza. El ciudadano ha de percibir que no se le oculta información relevante; por este motivo es conveniente reconocer las incertidumbres sobre la pandemia y su evolución previsible, sin dar falsas esperanzas.

Una manera de intentar salvar este desajuste es el desarrollo de un nivel meta-discursivo donde se transmita a la ciudadanía lo que se sabe, pero también lo que no se sabe, así como las medidas que se están tomando y las que ya están implementadas; trasladando al conjunto de la sociedad cuáles son los procesos que regulan el avance del conocimiento científico. Todo esto hay que transmitirlo pedagógicamente (sin dejar de tratar a la población como adulta), explicando los porqués, saliendo al paso de la multiplicidad de emisores, y buscando la credibilidad basada en la ciencia y en la divulgación científica correcta. Las instancias gubernamentales deben reforzar sus medidas (y la comunicación de las mismas) con el respaldo explícito de asesores científicos, aunque sin caer en la tentación de utilizar esos comités como pantalla para las decisiones políticas.

3.2. Ciencia vs. populismo

Un paso importante en la difusión sesgada o errónea de investigaciones científicas ha sido, sin duda, el despliegue intencionado de las diversas estrategias de desinformación que constituyen uno de los pilares del actual auge de los populismos. No solo los medios de comunicación convencionales, puesto que las redes sociales y, sobre todo, los canales de mensajería instantánea han sido el canal idóneo para la difusión descontrolada de falsedades referidas a la COVID-19.¹⁵ Por eso es imprescindible que los discursos institucionales de la ciencia se desplieguen también en esos canales no tradicionales (pero cada vez más normalizados).

3.3. Anticipación vs. tardanza

Dado el nivel de estrés que experimenta cualquier sociedad en situación de pandemia, la gestión del *tempo* comunicativo resulta fundamental. «Cuando el problema es inminente, la precocidad de la respuesta puede ser clave», señala Andreu Segura.¹⁶

En el ámbito de las medidas de prevención, lo recomendable es anunciarlas con suficiente antelación –antes de que aparezcan rumores o noticias en los

medios– y adelantarse a los escenarios posibles para prevenir efectos negativos. Por ejemplo, la Conselleria d'Educació de la Generalitat Valenciana fijó desde julio de 2020 los protocolos de actuación en colegios para el curso escolar 2020-2021. En la gestión del tiempo también es importante subrayar, siempre que sea posible, que ciertas medidas son *provisionales, de cautela, en previsión de...* para minimizar los efectos psicológicos que suponen las restricciones indefinidas.

También es fundamental evitar la filtración de borradores de decretos o normativas, que solo sirven para confundir, o hacer declaraciones para «anunciar lo que se va a anunciar». De nuevo, la cuestión es encontrar el equilibrio, pues tampoco es buena demasiada antelación (se suele citar al respecto el ejemplo de los mensajes de antelación al huracán Rita en 2005, que provocaron que los ciudadanos de Texas colapsaran las carreteras de acceso a la ciudad, creándose situaciones de atascos enormes, sin comida, sin combustible, sin servicios).

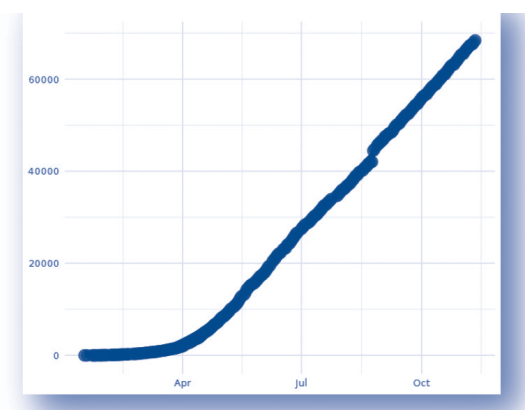
3.4. Tiempo científico vs. tiempo político

En situaciones de riesgo, las autoridades políticas necesitan tomar decisiones urgentes que demuestren un control de la situación; para ello, lo habitual en esta pandemia ha sido el recurso a los comités de expertos científicos, si bien los *tempos* de ambas esferas son muy distintos. La tensión entre *decidir* y *saber* enfrenta a las autoridades a una discordancia que no siempre puede resolverse con facilidad.

En lo que se refiere a la comunicación del conocimiento científico que con frecuencia se utiliza como soporte de las medidas gubernamentales, la pregunta es igualmente relevante: ¿en qué momento hay que comunicar los nuevos descubrimientos? Un aspecto relevante en la pandemia, y de nuevo causante de tensión, ha sido el incremento impresionante de publicaciones científicas que se han ido difundiendo en abierto en repositorios digitales de *preprints*, antes de ser sometidas al proceso canónico de evaluación por pares. En experiencias previas con el virus Zika o el Ébola, los artículos científicos se publicaron de media tres meses antes de su publicación revisada (Krumholz

et al., 2020). Internet facilita tanto la publicación como el acceso indiscriminado a todo tipo de artículos; para el 11 de noviembre de 2020 el Observatorio Iberoamericano de la Ciencia, la Tecnología y la Sociedad de la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) contabilizaba 68.410 *papers* sobre el coronavirus, solo en PubMed.¹⁷

Publicaciones acumuladas en PubMed



La urgencia internacional facilitó que además se publicaran en acceso abierto artículos científicos que, en otra situación, habrían tardado más en publicarse y, además, habrían estado en los repositorios cerrados de revistas de pago. Posiblemente uno de los ejemplos más elocuentes de los efectos negativos que puede tener esta aceleración sea el artículo publicado en *The Lancet*¹⁸ y en el *New England Journal of Medicine* sobre los efectos de la cloroquina e hidroxiquina en pacientes afectados por la COVID-19.

En un contexto de incertidumbre, con tantísimos equipos de investigación trabajando en el coronavirus, y con la velocidad de publicaciones científicas que se han ido difundiendo cada día, lo esperable es que los mensajes experimenten múltiples correcciones, repeticiones y modificaciones. Sin embargo, eso es lo que peor lleva la ciudadanía; al respecto, algunos estudios basados en la teoría de las dimensiones culturales identifican sociedades que lidian mejor

con la incertidumbre (Jamaica, Dinamarca) que otras (Grecia, España, Portugal).¹⁹ La sociedad percibe la ciencia como un cúmulo de certezas, pero su consolidación exige un proceso intertextual y dialógico que puede ser interpretado como falta de veracidad; en su vertiente política, además, estas dinámicas pueden ser tachadas de improvisación y ausencia de criterio.

3.5. Alarmismo vs. despreocupación

Estrechamente vinculado a la cuestión de los tiempos comunicativos está su efecto psicológico en la opinión pública. La percepción de que se comunica demasiado pronto puede adquirir tintes de alarmismo; contrariamente, si se percibe que la comunicación es tardía, la percepción añadida puede ser la despreocupación o la desidia; ambos extremos, además, pueden ser utilizados en la ineludible contienda política, especialmente en los actuales tiempos de populismo. Pertenece al *ethos* discursivo la transmisión de una posición u otra, y los políticos no aspiran a transmitir el mismo efecto que los científicos.

3.6. Auctoritas vs. influencers

La tensión entre la *auctoritas* del discurso científico y la popularidad de todo tipo de emisores ajenos a la ciencia no es algo que haya surgido con la pandemia. La desacreditación de la ciencia y la opción por el pensamiento mágico y las pseudociencias es uno de los rasgos que caracterizan las retóricas populistas de la última década (Wieviorka, 2012).²⁰ Este cuestionamiento de la ciencia afecta a otras parcelas de la sociedad, y es consecuencia de un fenómeno más amplio: la ruptura de los pactos de veracidad que sustentaban el contrato social de la modernidad (Gallardo-Paúls, 2018). La digitalización ha supuesto –entre muchísimas otras cosas– que el acceso a la voz pública esté al alcance de todos los ciudadanos, y que esas voces se jerarquicen con criterios ajenos al saber o la veracidad. Así, discursos cuya veracidad general era en general asumida por parte de nuestras sociedades han perdido la credibilidad; ocurre con el discurso científico, pero también con el político, el jurídico, o el mediático.

Durante una pandemia los medios de comunicación han de actuar como refuerzo de la comunicación institucional, pues no en vano el decreto de declaración del estado de alarma del 14 de marzo de 2020 los consideraba como actividad esencial. Su labor en momentos de crisis consiste en: «a) Evitar la alarma social; b) Rehuir la politización de la información; c) Facilitar la cooperación y espacios de debate; d) Contextualizar la emergencia históricamente».²¹

Pero esta labor teórica no siempre se cumple; en ocasiones porque los profesionales del periodismo trasladan erróneamente el discurso científico a los medios de comunicación; en otras, porque los medios se alinean («paralelismo político» de los medios [Hallin y Mancini, 2004])²² con un posicionamiento político de desgaste. Otro obstáculo para el cumplimiento de esta función puede proceder de la propia gestión de la información por parte de los gobiernos, como ha ocurrido en ocasiones con la falta de coordinación en la comunicación de datos de incidencia del coronavirus. Además, los medios de comunicación dan voz a personajes de la esfera pública cuyo conocimiento sobre la COVID-19 y sobre epidemias es prácticamente nulo y, en el mejor de los casos, no pasa de la anécdota personal; o, en otras ocasiones, a las opiniones de emisores científicos no especializados en epidemiología o microbiología, a quienes sin embargo los ciudadanos dan credibilidad.

Por ello es importante elegir bien, por un lado, los canales de difusión del discurso científico, a fin de competir en igualdad de condiciones con el discurso mediático; y, por otro, el tono de la comunicación. El discurso científico es un discurso referencial, mientras que el discurso mediático predominante en el siglo XXI da prioridad a la dimensión expresiva y emocional sobre la referencial. De ahí que la comunicación deba incluir los aspectos anímicos y de salud mental.²³ El miedo (que tiende a aumentar la percepción del riesgo) y la ira (que tiende a disminuirla) son las amenazas emocionales más acuciantes en situación de riesgo pandémico, que se resuelven en altos niveles de ansiedad en la población. Además, al riesgo propiamente sanitario se suma una amenaza terrible de crisis económica, pérdida de empleo, etc. que aumenta la angustia y la ansiedad. Es necesario, por tanto, equilibrar la información estrictamente referencial (datos, ciencia) con la comunicación orientada a los elementos anímicos y emocionales.

4. A modo de conclusiones: algunas recomendaciones

En definitiva, cabría pensar que desarrollar la transparencia en la comunicación de riesgo es un ejercicio de múltiples equilibrios que se ven agravados por el contexto digital y político en el que se ha desarrollado la COVID-19. Equilibrios no solo entre veracidad y cantidad de información, sino también entre aceleración y retraso, entre advertencia y esperanza, entre miedo y confianza, entre política y ciencia, entre salud y economía, entre los múltiples emisores que ocupan la esfera pública.

El análisis de los seis aspectos que hemos puesto de relieve permite identificar algunas recomendaciones que afectan básicamente a los contenidos que se comunican, a los procesos y canales mediante los cuales se transmiten, y a los ritmos discursivos:

4.1. Recomendaciones vinculadas a los contenidos

- Es esencial minimizar la incertidumbre de la opinión pública, que coadyuva al clima de estrés anímico generalizado en la sociedad; «la comunicación de riesgos se basa en proyecciones y cálculos continuos del potencial de daños futuros».²⁴
- Los mensajes sobre las medidas necesarias han de ser claros, y las medidas han de resultar factibles: los ciudadanos han de percibir que se les piden conductas asumibles, posibles. Es contraproducente el discurso farragoso, el abuso de circunloquios y rodeos. Por ejemplo, en la declaración del estado de alarma y lo que se llamó «fases de la desescalada», no tenía mucho sentido describir un plan de cuatro fases y llamar a la primera «fase cero». Las comparecencias breves y al grano de Trudeau en Canadá o Cuomo en Nueva York son más efectivas que las larguísimas ruedas de prensa diarias que se organizaron en España en el periodo de confinamiento, cuya multiplicidad de portavoces las convertía en interminables.
- Sinceridad: hay que lograr transmitir el equilibrio entre dejar muy clara la gravedad de la crisis y la necesidad de mantener la calma y la

confianza concretando acciones y presentando un futuro previsto. Fue notoria, por ejemplo, la comparecencia de Merkel al principio de la pandemia, anunciando la previsión de que un 60% de la población alemana se contagiaría, y señalando que «el país camina sobre una fina capa de hielo»; o las declaraciones del ministro de Singapur, Lee Hsien Loong, anunciando que no hacía falta miedo, sino cancelar las celebraciones.

- Para la opinión pública, la información «numérica» debe ser un apartado más de toda esa información, no el más destacado. Sin embargo, tanto las declaraciones oficiales como los medios de comunicación han convertido la pandemia en un panel de cifras, muchas de ellas con un valor informativo más que cuestionable. Además, con altísima frecuencia los medios proporcionan datos absolutos, sin referencia a número de habitantes, número de fallecidos, número de contagios (detectados), número de PCR... Por ejemplo, el 10 de noviembre de 2020, la prensa repetía insistentemente que la Comunitat Valenciana y Castilla y León habían alcanzado una cifra máxima de contagios muy similar, la primera con 2.327 casos y la segunda con 2.237, pero en ningún caso se señalaba que la Comunitat Valenciana suma casi cinco millones de habitantes, mientras que Castilla y León tiene casi dos y medio. Ceder el protagonismo informativo a los números (y sobre todo a números no contextualizados) es un error y aleja a la ciudadanía de la realidad de la situación.
- Las medidas de alfabetización sanitaria pueden ser una ayuda para que la población pueda entender mejor el motivo de las restricciones y medidas impuestas.
- A más confianza menos miedo. El miedo es un elemento que acentúa la percepción del riesgo por parte de la ciudadanía,²⁵ y puede ser utilizado con esta intención indirecta; por tanto, se sugiere un equilibrio entre los mensajes de aviso o advertencia y los mensajes de prevención, más pedagógicos. Las investigaciones en comunicación de riesgo señalan que es mejor sobreestimar el riesgo que minimizarlo, pues se asume que el miedo fomenta la cooperación, y que solo entre el 10% y el 30% de los ciudadanos opta por reaccionar con acciones violentas, egoístas y poco racionales (por ejemplo, vaciar supermercados, con

compras desmesuradas de ciertos bienes, como el papel higiénico), especialmente cuando se utiliza un lenguaje de pánico, exagerado.

- El plan de comunicación ha de ajustarse a las creencias previas sobre las pandemias de los diferentes colectivos; estas creencias cambian según variables socioeconómicas, culturales y de estado de salud.

4.2. Recomendaciones vinculadas a canales y procesos discursivos

- La información debe distribuirse por los medios y canales que cada colectivo considera fiable, creíble y accesible (folletos o carteles en farmacias y comercios, por ejemplo, para llegar a la población no digitalizada).
- Un elemento esencial para conseguir que la ciudadanía perciba una información transparente es la selección del portavoz. Hay posturas que defienden que este portavoz debe ser preferiblemente técnico (así ocurre en el caso del gobierno español, cuyo portavoz ha sido el director del Centro de Coordinación de Emergencias de Sanidad, aunque en el confinamiento compartía rueda de prensa con los representantes de los cuerpos y fuerzas de seguridad, o del Ministerio de Transporte). Se asume que la credibilidad y la presunción de honestidad de los técnicos va a ser mayor que la de los políticos; es decir, el *ethos* de autoridad es mucho mayor en el científico-portavoz. Por el contrario, los portavoces políticos estarían mejor situados para la percepción del poder sancionador por parte de la ciudadanía. En la Comunitat Valenciana se ha optado por la consejera de Sanidad, es decir, una portavoz política, ocasionalmente acompañada de la subdirectora general de Epidemiología y, a veces, por el presidente de la Generalitat.
- Es esencial que los portavoces sean hábiles y que los gobiernos faciliten información clara; el procedimiento que se implantó en las comparecencias de Pedro Sánchez, que suponía filtrar las preguntas de los periodistas²⁶ y ser planteadas por el secretario de Estado de Comunicación era contrario a la transparencia y dificultaba el trabajo de los medios, cuya actividad, paradójicamente, había sido considera-

da actividad esencial en el decreto de declaración del estado de alarma del 14 de marzo.

- Hay que pensar en las brechas de comunicación (de idioma, de canales, de comprensión): algunos colectivos necesitan una comunicación «personalizada», no solo por criterios sociodemográficos de edad, sino también de idioma, de costumbres culturales (el concepto de higiene cambia en algunas comunidades) o geográficos. Por tanto, es importante una comunicación específica pensando en comunidades de emigrantes, personas sin hogar, colectivos de trabajadores temporales, colectivos de cuidadores y trabajadores/as del hogar, habitantes del mundo rural y zonas despobladas, personas que solo se informan por la televisión, emisoras de radio de grupos específicos...
- Considerar en qué idiomas se difunden las recomendaciones y medidas: no es que haya población que no use las lenguas oficiales autonómicas, es que también hay ciudadanos con dificultades para el español (lenguas del estándar europeo, por ejemplo el rumano, pero también el árabe o el chino, o lenguas africanas como el wolofo o el ewé, entre otras, según zonas). En estos casos es vital la interlocución con los representantes de las asociaciones de referencia.

4.3. Recomendaciones vinculadas a los ritmos discursivos

- Mantener el (difícil) equilibrio entre la necesidad de no abandonar el canal de comunicación y la necesidad de no saturarlo: la esfera comunicativa digital tiene *horror vacui*, y si se abandona es rápidamente ocupada por otros emisores, pero el empeño por estar comunicando constantemente puede desembocar en contradicciones y precipitaciones.
- Planes calendarizados: no adelantar medidas que no se tienen claras, para no generar, por un lado, frustración en la ciudadanía y, por otro, imagen de improvisación; pero dejando muy claros los pasos que se conocen con certeza y pueden anunciarse.
- Cada medida debe tener claro (y dejar claro) su proceso de implantación.

- Hay que planificar la distribución de los mensajes, cuándo hay que trasladar a la población cada información; la comunicación ha de preceder y hacer seguimiento de cada medida que se tome.
- Planificar bien los «árboles de comunicación», es decir, cadenas de interlocutores que transmiten hacia sus comunidades la información; en comunicación de crisis se tiende a la jerarquización y centralización de la información (verticalidad, de ahí en parte la insistencia de Sánchez en el «mando único» durante el confinamiento de marzo), pero el ecosistema digital dificulta en gran medida el control de los flujos discursivos. Es necesario prever los aspectos de comunicación horizontal que se puedan desarrollar, buscando aliados mediante iniciativas institucionales que gestionen acciones integradas.
- Serializar/numerar las comunicaciones oficiales, tal vez un boletín diario cada semana, resumiendo avances médicos (en afectados, pero sobre todo en lo que se va sabiendo sobre contagio, inmunidad, tratamientos, etc.), avances sociales y avances normativo-legislativos.

Notas

1. Infanti J, Sixsmith J, Barry M, Núñez-Córdoba J, Oroviogicoechea-Ortega C, Guillén-Grima F. A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013. p. 6.
2. Beck U. La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós; 1998. También: Beck U. Politics of risk society. En: Franklin J, editor. The politics of risk society. Cambridge: Polity Press; 1998. pp. 9-22.
3. La Directiva Seveso I, surgida en 1982, creó el marco legislativo inicial que introducía la Comunicación de riesgo en la Unión Europea. La Directiva –conocida como Seveso II– es de 1996 (tras el accidente de Bhopal en la India en 1984); desde entonces ha habido más revisiones y ajustes. Por ejemplo, con el Convenio Aarhus, que vincula la protección medioambiental con el derecho de la ciudadanía a la información, a la participación pública y al acceso a la justicia.

4. Drottz-Sjöberg BM, director. Science, H1N1 and society: Towards a more pandemic-resilient society; 2011. Disponible en: https://ec.europa.eu/research/swafs/pdf/pub_archive/sis-heg-final-report_en.pdf.
5. Fischhoff B. Treating the public with risk communications: A public health perspective. *Science, Technology and Human Values*. 1987; 12(3/4): 13-19. También: Gonzalo Iglesia JL, Farré Coma J. Teoría de la comunicación de riesgo. Barcelona: Editorial UOC; 2011.
6. Fischhoff B. Risk perceptions and communication unplugged: twenty years of process. *Risk Analysis*. 1995; 15(2): 137-145.
7. Rivera Berrío JG. Hacia un nuevo modelo de comunicación del riesgo. *Trilogía. Ciencia Tecnología Sociedad*. 2011; 3(4): 45-66.
8. Gallardo-Paúl, B. Tiempos de hipérbole. Inestabilidad e interferencias en el discurso político, Valencia: Tirant Lo Blanch; 2018.
9. Derakhshan H, Wardle C. Information disorders: Definitions. En: Understanding and addressing the disinformation ecosystem. University of Pennsylvania/Knight Foundation; 2017. pp. 5-12.
10. Renn O. Participatory processes for designing environmental policies. *Land Use Policy*. 2006; 23: 34-43.
11. Reynolds B. Crisis and emergency risk communication: Pandemic influenza. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2006.
12. OMS. Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública: directrices de la OMS sobre políticas y prácticas para la comunicación de riesgos en emergencias (CRE); 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272852/9789243550206-spa.pdf?ua=1>.
13. CDC CERC: Crisis Emergency and Risk Communication; 2014. Disponible en: <https://emergency.cdc.gov/cerc/resources/index.asp>.
14. Grice HP. Logic and conversation. En: Cole P, Morgan JL, editores. *Syntax and Semantics*. Vol. 3: Speech Acts. Nueva York: Academic Press; 1975. pp. 41-58.
15. Salaverría R, Buslón N, López-Pan F, León B, López-Goñi I, Erviti MC. Desinformación en tiempos de pandemia: tipología de los bulos sobre la Covid-19. *El profesional de la Información*. 2020; 29(3): e290315. Disponible en: <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.15>.
16. Segura Benedicto A. Incertidumbre y prudencia: conocimiento y acción en las respuestas a la COVID-19. En: *Sociedad entre Pandemias*. Del Llano J, Camprubí L (eds.) Madrid: Fundación Casal, 2021: 643-662.
17. Observatorio CTS. Disponible en: <https://observatoriocts.oei.org.ar/2020/03/25/el-radar-del-observatoriocts-seguimiento-en-vivo-del-covid-19/>.
18. Mehra MR, Desai SS, Ruschitzka F, Patel AN. Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. *The Lancet*. 2020 (publicado online). Disponible en: 10.1016/S0140-6736(20)31180-6.
19. Hofstede GH. Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2001.
20. Wieviorka M. Le peuple. En: Wieviorka M, editora. *Le peuple, existe-t-il?* Auxerre: Sciences Humaines; 2012.
21. Pont Sorribes C. Comunicar las emergencias. Barcelona: Editorial UOC; 2013.
22. Hallin D, Mancini P. Comparing media systems. Three models of media and politics. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
23. Moisi D. Geopolitics of emotion: How cultures of fear, humiliation, and hope are reshaping the World. Nueva York: Anchor; 2010.
24. Infanti J, Sixsmith J, Barry M, Núñez-Córdoba J, Oroviogicochea-Ortega C, Guillén-Grima F. op. cit. p. 5.
25. Farré Coma J. Comunicación de riesgo y espirales del miedo. *Comunicación y sociedad*. 2005; (3): 95-119.
26. No solo se transmitían preguntas de profesionales de los medios de comunicación de referencia, sino también de algunos blogs de difusión de ideología de extrema derecha, legitimándolos así, en *prime time*, como periodistas.

Uso y buen uso de la información: el caso de la COVID-19

Gema Revuelta

Directora del Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la Universitat Pompeu Fabra, y del Máster en Comunicación Científica, Médica y Ambiental de la BSM-UPF

A menudo, el concepto de transparencia tiende a equipararse a no ocultar información. Sin embargo, limitarse a no ocultar, o incluso explicarlo todo de manera exhaustiva, pero sin separar el grano de la paja ni esforzarse por aumentar la comprensibilidad o el acceso a la información, pueden ser estrategias tan poco transparentes como la ocultación deliberada de información relevante. La comunicación pública de la pandemia de la COVID-19 nos ha mostrado contundentemente que la transparencia no consiste en inundar a los medios y a la ciudadanía con un volumen de información inabarcable. Y mucho menos si se considera que buena parte de los datos e informaciones que han circulado durante este año han sido confusos o inútiles, muchas veces distorsionados y en no pocas ocasiones deliberadamente manipulados o directamente «fabricados».

La transparencia, por el contrario, tiene mucho más que ver con garantizar que la información relevante y veraz llegue a quien tenga que llegar, de manera comprensible y con el suficiente detalle. Pero ¿cómo se decide qué es relevante, qué significa comprensible y qué es suficiente? Puesto que todos estos conceptos podrían parecer subjetivos (de hecho, lo son), el propósito de este texto es analizar cómo los diferentes profesionales que intervienen en la comunicación pública de la salud regulan y autorregulan lo que podemos denominar genéricamente el buen uso de la información.

Para poder avanzar debemos de tener en cuenta que en las diferentes fases en las que se produce la comunicación pública de cuestiones que tienen que ver con la salud, la sanidad y la investigación médica son muchos los actores involucrados. De manera simplista, se suele dividir a estos actores en comu-

nicadores (periodistas) y fuentes (expertos), pero esta división refleja muy poco el actual ecosistema de la comunicación, en el que los límites entre ambos son cada vez menos nítidos y además han aparecido nuevos actores o han adquirido un mayor protagonismo (Revuelta, 2019).

Entre el grupo de los comunicadores, clásicamente se han incluido aquellos que ejercen su profesión desde medios de comunicación de corte periodístico (medios escritos, audiovisuales, digitales, generalistas, especializados, tradicionales, híbridos, etc.) y los que se encargan de la comunicación institucional (en hospitales, universidades, centros de investigación, empresas, Administración, etc.). En la última década han emergido unos nuevos comunicadores que, sin tener un perfil periodístico ni trabajar en los *mass media*, son capaces de comunicarse directamente con audiencias masivas. Estos nuevos comunicadores son los *influencers* en medios sociales como Twitter o Instagram y en grandes plataformas digitales como YouTube. Estos nuevos actores, que proceden de formaciones y profesiones de todo tipo (desde cantantes y escritores hasta médicos y farmacéuticos), dedican buena parte de su tiempo a distribuir información y crear opinión sin pasar los filtros de los periodistas y los medios de comunicación. Esta variedad de perfiles entre estos nuevos comunicadores implica también que no exista un único código profesional que regule su conducta, con lo que habría que analizar cada caso por separado.

Por su parte, los actores que agruparíamos bajo la etiqueta de fuentes de información pertenecen también a diversos sectores. En una alerta sanitaria es lógico esperar que, al menos, intervengan voces que representen al gobierno y la Administración (puesto que tienen la responsabilidad y la autoridad en la detección, gestión y control de la emergencia), junto con voces «expertas» (es decir, personas que supuestamente disponen de los conocimientos científicos o técnicos sobre el tema, o bien que están implicadas directa y activamente en la investigación o en las labores asistenciales). A estos dos grupos de fuentes se les suman, como es lógico, muchas otras: las pertenecientes a los diversos grupos políticos, a los portavoces de la industria y del sector empresarial, a las asociaciones y agrupaciones que representan a profesionales y a organizaciones de la sociedad civil (pacientes, consumidores, ambientalistas, animalistas) y, en general, a cualquier persona o entidad que

tenga los suficientes recursos y habilidades para convertirse en un proveedor de información para los medios de comunicación periodísticos, las redes sociales o las grandes plataformas digitales. Todas estas fuentes podrían también *bypasear* a los periodistas y llegar directamente a su audiencia, aunque para ello es necesario conocer cómo hacer uso de las redes y plataformas digitales y tener recursos y tiempo para ello. En resumen, las fuentes de información son de tipología muy diversa y en algunos casos no solo se comportan como fuentes sino como comunicadores con capacidad de acceder directamente a su audiencia.

La barrera entre comunicadores y fuentes es hoy más borrosa que nunca e insistimos en esta afirmación puesto que a la hora de analizar cómo se regula el buen uso de la información, los códigos deontológicos y marcos en los que se han reflejado las buenas prácticas profesionales no tienen en cuenta estas nuevas hibridaciones. Reconociendo de antemano esta flaqueza, estos documentos siguen teniendo un gran valor para identificar qué se considera un buen uso de la información en cada uno de los gremios profesionales implicados en la comunicación de la salud y esa va a ser, precisamente, nuestra intención. En concreto, nos centraremos en tres grupos de actores: los periodistas, los médicos y los investigadores. Tres profesiones que han explorado, debatido y acordado durante años, tanto desde un ámbito local como desde acuerdos internacionales, aspectos de ética y buenas prácticas entre los que se incluye el uso de la información. No recogeremos lo que dice la deontología de otros sectores profesionales (industria, sector político, etc.) por una cuestión de espacio y también por una mayor dificultad para encontrar documentación tan estandarizada como la que existe en los tres sectores mencionados. Tampoco nos referiremos aquí al grupo de actores que representan a la Administración, pues de eso se encarga otro artículo en esta misma publicación.

Finalmente, cabe advertir que somos bien conscientes de que el solo hecho de que existan unos documentos y organismos que regulen la ética profesional, no implica que esta se vaya a cumplir. Pero sí estamos convencidos de que la inexistencia de estos marcos de regulación y autorregulación favorecería con toda seguridad la proliferación de casos de malas praxis, sea por ignorancia de lo que se considera correcto o por la ausencia de consecuencias punitivas. Veamos pues cómo se regula el buen uso de la información desde estas tres

profesiones y cómo se ha cumplido o incumplido esta práctica a lo largo de este año de pandemia por la COVID-19.

La información sobre salud desde la ética del periodismo

Para profundizar sobre cuál es la regulación y autorregulación respecto a este tema en el ámbito del periodismo se han consultado, por una parte, la Constitución española de 1978 y la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948. Por otra, se han revisado los principales códigos deontológicos y declaraciones de principios en los que se enmarca el periodismo en Cataluña, España, Europa y, en general, en el entorno internacional (tabla 1, véase página siguiente).

La mayoría de los documentos coincide en los aspectos éticos básicos; sin embargo, lo primero que llama la atención es que ninguno menciona cómo debe actuar un periodista cuando cubre específicamente temas relacionados con la salud, la salud pública o la biomedicina. Por este motivo, lo que hemos recogido aquí son las principales recomendaciones y pautas de comportamiento que rigen la profesión periodística y que se ha considerado pueden ser de interés en el contexto que estamos analizando. Al final de cada punto se ha destacado cómo se podrían interpretar las recomendaciones generales desde la perspectiva concreta de la salud y se reflexiona acerca de su cumplimiento o no durante la pandemia de la COVID-19.

Veracidad

De forma unánime, los documentos revisados abren con los principios referentes a la verdad y al deber del comunicador hacia ella. La Federación Internacional de Periodistas (FIP) lo hace en sus tres primeros artículos:^b

- Artículo 1. Respetar **la verdad y el derecho que tiene el público a conocerla** constituye el deber primordial del periodista.

b. El destacado en negrita de este extracto y los siguientes es de la autora de este artículo.

Tabla 1. Documentos, declaraciones y manuales analizados en este apartado

Documento	Autoría	Lugar y año de publicación/ revisión	Alcance
Declaración de Principios sobre la Conducta de los Periodistas (Federación Internacional de Periodistas [FIP], 1986).	FIP: Federación Internacional de Periodistas.	Burdeos (Francia), 1954 (revisado en 1986).	MUNDIAL
Principios Internacionales de Ética Profesional del Periodismo (Unesco, 1983).	Unesco.	México D.F. (México), 1980 (revisado en 1983).	MUNDIAL
Código Europeo de Deontología del Periodismo (Resolución 1-003) (Consejo de Europa, 1993).	Consejo de Europa.	Estrasburgo (Francia), 1993.	EUROPA
Código Deontológico de la Profesión Periodística (Federación de Asociaciones de la Prensa de España, 2017).	FAPE: Federación de Asociaciones de la Prensa de España.	Sevilla (España), 1993 (revisado en 2017 en Mérida).	ESPAÑA
Codi Deontològic del Col·legi de Periodistes de Catalunya (Col·legi de Periodistes de Catalunya, 2016).	Col·legi de Periodistes de Catalunya.	Barcelona (España), 1992 (última revisión, 2016).	CATALUÑA

- Artículo 2. De acuerdo con este deber, el periodista defenderá, en toda ocasión, el doble principio de la **libertad de investigar y de publicar con honestidad la información**, la libertad del comentario y de la crítica, así como el derecho a comentar equitativamente y a criticar con lealtad.

- Artículo 3. El periodista **no informará sino sobre hechos** de los cuales conoce el origen; **no suprimirá informaciones esenciales** y **no falsificará documentos**.

Merece la pena detenerse específicamente en la denominada «libertad de investigar», la cual está estrechamente ligada con el deber de informar del periodista y el derecho del público a ser informado. Sin embargo, el «secreto profesional» entre el paciente y los profesionales sanitarios que le atienden, así como el derecho de toda persona a ser tratada con dignidad y a preservar su intimidad, se imponen sobre la libertad de investigar. De manera similar, la afirmación «no suprimirá informaciones esenciales», referida al periodista, tiene también aspectos particulares en el caso de la salud. Por ejemplo, en casos de alerta sanitaria, las personas que intervienen en la comunicación (desde las fuentes hasta los periodistas) se pueden enfrentar al dilema de si es conveniente dar toda la información o si por el contrario es mejor ocultar parte de esta para no fomentar la confusión o las malas interpretaciones. El calificativo «esencial» debería ser el determinante (no ocultar nada que pueda ser esencial).

El concepto «verdad» puede ser difícil de definir, sobre todo en una situación de elevada incertidumbre como la de la pandemia de la COVID-19. A menudo, en la comunicación de la investigación se suele analizar el grado de evidencia científica como medida indirecta de veracidad. De hecho, una de las rutinas que ha integrado el periodista especializado en ciencia o en salud es la de comprobar si el artículo ha sido revisado por pares y en qué tipo de revista se ha publicado, así como cuál es el grado de consenso que tiene la comunidad científica respecto a lo que se dice en el artículo. Eso no quita que crea que la revisión por pares sea sinónimo de veracidad, ni que tenga que abandonar la misma actitud escéptica que debe tener ante cualquier otra fuente. De hecho, ninguna fuente es simplemente una «abastecedora de información» (Sánchez, 2005). Pero si comprobar la veracidad de un artículo científico es algo ya de por sí difícil, durante la pandemia de la COVID-19 este cometido se ha vuelto aún más complejo con la irrupción de los artículos *preprint* (que aún no habían sido revisados por pares) o la comunicación de grandes avances científicos mediante ruedas de prensa, tal como veremos en el apartado de las conductas de los investigadores.

Un aspecto más sobre la veracidad que hay que tener en cuenta en el presente escenario ha sido la proliferación del fenómeno de las *fake news*, es decir las noticias, informaciones, vídeos o imágenes manipuladas o directamente falsas. Dada la extraordinaria capacidad de circulación que han tenido algunos de estos contenidos, la posibilidad de que alguno caiga en manos de los periodistas es muy alta. En general, los periodistas más especializados en el sector de la salud o la ciencia han tenido menos problemas para descartar las noticias falsas, pero ciertamente este fenómeno ha puesto a prueba a los periodistas generalistas, especialmente con poca experiencia. Para contrarrestar la circulación de las *fake news*, no tanto en los medios periodísticos sino en las redes sociales, en los últimos años ha emergido un nuevo sector del periodismo que se encarga del *fact-checking* o comprobación de datos.

Información, opinión, libertad de expresión y libertad de información

En la mayor parte de marcos deontológicos revisados se distingue entre opinión e información. El periodista, como cualquier ciudadano, disfruta del derecho a la libertad de opinión y expresión, sin embargo, como función primordial de su profesión se ha autoimpuesto la labor informativa, más que la de emitir y generar opinión entre el público. Por ejemplo, el art. 21 del Código Europeo de Deontología del Periodismo, aprobado por el Consejo de Europa en Estrasburgo en 1993, establece que:

- **La función del periodismo no es crear opinión pública**, sino que la ciudadanía obtenga los datos relevantes y pueda formarse su propia opinión, y hacer efectivo su derecho a la información.

Por su parte, el art. 20, sección primera, capítulo segundo, título I de la Constitución española de 1978, establece que:

- Se reconocen y protegen los derechos:
 - a) **A expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones** mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de reproducción.

- b) A la producción y creación literaria, artística, científica y técnica.
- c) A la libertad de cátedra.
- d) **A comunicar o recibir libremente información veraz** por cualquier medio de difusión. La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades.
- El ejercicio de estos derechos **no puede restringirse mediante ningún tipo de censura previa**.
- La ley regulará la organización y el control parlamentario de los medios de comunicación social dependientes del Estado o de cualquier ente público y garantizará el acceso a dichos medios de los grupos sociales y políticos significativos, respetando el pluralismo de la sociedad y de las diversas lenguas de España.
- **Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos** en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia.
- Solo podrá acordarse el secuestro de publicaciones, grabaciones y otros medios de información en virtud de resolución judicial.

Que muchos medios de comunicación siguen una «línea editorial» (es decir, una ideología política) es algo de sobras conocido. Por tanto, no debe extrañarnos que, durante la pandemia, con el grado de exposición pública de las clases políticas y el ansia informativa por parte de la población, los medios hayan abusado más que nunca de su politización. Ahora bien, que no nos extrañe no significa que esta actitud vaya contra los principales valores del periodismo. De hecho, rompe claramente con el consenso general de que «la función del periodismo no es crear opinión», sino proporcionar información.

Por otra parte, tanto en medios de comunicación periodísticos como en medios sociales han circulado informaciones que además de falsas han podido ser incluso peligrosas por su posible efecto en las opiniones y comportamientos de quienes las han creído. Se ha acordado que la libertad de expresión «tiene su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título (Título I de la Constitución)»; por tanto, debería poderse exigir una actuación más contundente frente a aquellas cuentas o medios que publicasen

información falsa o dañina. De hecho, aunque ha habido numerosos grupos durante la pandemia que han solicitado actuaciones en este sentido, la principal complejidad radica en cómo se podría implementar una medida así y a la vez garantizar que el organismo encargado de la censura no actúa de manera partidista. Por lo general, los profesionales del periodismo son bastante reacios a los mecanismos de control o censura externa, pues numerosas veces en la historia se ha utilizado la ley para acallar a los molestos.

Finalmente, en el periodismo «de pandemia» se ha discutido también si era correcto o no enseñar las imágenes del drama: los hospitales por dentro y no solo por fuera, la acumulación de ataúdes, etc. En los múltiples debates periodísticos que se han llevado a cabo desde marzo de 2020, los que se posicionan a favor de enseñar estas imágenes argumentan que se trata de una parte esencial de la información y, por tanto, no debe ocultarse. También se ha dicho que la distribución de estas imágenes ayudaría a restar credibilidad a los llamados «negacionistas». Por su parte, los que se posicionan en contra de grabar y distribuir estas imágenes en general se basan en que dudan de que se pueda garantizar el derecho a la dignidad de los pacientes o sus familiares. Así mismo, tampoco tienen claro que enseñar estas imágenes contribuya a comprender mejor la situación. El debate sobre mostrar la crudeza de las imágenes es un viejo conocido del periodismo médico y de conflictos. Y hasta el momento, no se ha llegado a ninguna conclusión.

El bien común

En general, todos los marcos deontológicos señalan el bien común como fin supremo de la labor periodística, enmarcado este en los derechos humanos y los valores universales. La Unesco, en su revisión en 1983 de los Principios internacionales de ética profesional del periodismo, describe de este modo estos aspectos en sus arts. 8 y 9. En concreto, en estos artículos se dice que **«El verdadero periodista defiende los valores universales del humanismo [...] El periodista participa también activamente en las transformaciones sociales orientadas hacia una mejora democrática de la sociedad. [...] El compromiso ético por los valores universales del humanismo previene al periodista contra toda forma de apología o de incitación favorable a las gue-**

rras de agresión y la carrera armamentística, [...] así como a las otras grandes plagas que afligen a la humanidad, tales como la miseria, la malnutrición o la enfermedad».

De hecho, esta es la única alusión que encontramos a la palabra «enfermedad» en los códigos analizados.

El uso público de la información desde la profesión médica y sanitaria

La primera carta sobre los derechos y deberes de los médicos en su conducta profesional, el juramento hipocrático, incluye ya un compromiso respecto a cómo deben estos utilizar la información. En concreto, esta cuestión se centra en dos compromisos: a) mantener el secreto de la información que deriva de la relación con los pacientes (lo que hoy denominamos secreto profesional en la relación médico-paciente o RMP) y b) no divulgar los conocimientos médicos más que entre los médicos (maestros y discípulos del *jurante*).

Luego continúa el texto con otras obligaciones no morales, sino de pureza y devoción con los dioses. También con la profesión, no debiendo divulgar los secretos saberes salvo a los iniciados. Aquí se pena con el deshonor, en siglos posteriores sancionará el poder un título profesional y las condiciones de comercio, siendo castigadas las faltas (Peset, 2008).

Ciertamente, si el texto del juramento hipocrático siguiera vigente sin modificaciones, los médicos no podrían divulgar sus conocimientos en el espacio público y, por tanto, no podrían ser entrevistados en televisión ni en prensa, y mucho menos tener sus blogs o sus cuentas de Twitter. Imaginemos qué habría pasado en la comunicación de la pandemia. Si los profesionales médicos no hubieran ejercido de fuentes de información para los periodistas y los medios, ¿quiénes habrían ocupado su papel? Aunque muchas veces nos gustaría que algunas declaraciones que han hecho los profesionales sanitarios en estos meses no hubieran llegado al público, pues han sido incorrectas o mero ruido, lo cierto es que durante la epidemia el papel del sector médico como

fuentes de información profesional y a la vez plural ha tenido un importante papel. Además de la información procedente de la Administración (las Administraciones), durante este tiempo hemos ido conociendo lo que sucedía en hospitales y centros asistenciales gracias a la información que iban proporcionando los profesionales sanitarios a los medios de comunicación. Hemos recogido qué dice al respecto del uso de la información el Código Deontológico del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. En concreto, este código incluye la información en dos apartados: uno dedicado al ámbito de la RMP y otro dedicado exclusivamente a la publicidad, entendida como la información fuera de los ámbitos profesional-profesional y RMP. En el dedicado a la publicidad, se recogen los siguientes compromisos:

- El médico podrá comunicar a la prensa y a otros medios de difusión, no dirigidos a médicos, información sobre sus actividades profesionales, siempre que esta sea **verídica, comedida, discreta, prudente y comprensible**.
- Cuando el médico participe en un espacio de información de carácter educativo sanitario, es necesario que lo haga **en temas de su competencia, que sea prudente y que considere las repercusiones** que pueda tener en el público. Ha de abstenerse de tener una actitud publicitaria.
- El médico **no ha de fomentar engañosas esperanzas de curación, ni tampoco promoverá falsas necesidades** relacionadas con la salud. También se deberá **abstener de emplear medios y/o mensajes publicitarios que menosprecien la dignidad de la profesión o tengan afán de lucro** (Código de Deontología del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 2005).

Durante la pandemia se ha producido tal presencia de médicos y profesionales sanitarios en los medios de comunicación que hemos visto ejemplos de todo tipo: desde ejemplares casos de buena praxis comunicativa hasta otros de absoluto desprecio por estos principios del buen uso de la información. En primer lugar, un fenómeno difícilmente compatible con la buena praxis fue la mágica aparición de una legión de «expertos en coronavirus» que emergieron de debajo de las piedras en apenas unos días. Obviamente, muchos de estos no eran tales expertos, sino simplemente profesionales médicos de cualquier

especialidad que actuaban como fuentes de información –o como tertulianos– opinando sobre temas que no eran de su competencia ni sobre los que tuvieran formación ni experiencia. Además de médicos, otros profesionales ejercieron también ese papel de fuentes de información que se reserva a los expertos, tal como comentaremos en el siguiente espacio, dedicado a los investigadores.

Hemos presenciado también casos de médicos y otros profesionales sanitarios cuya actuación no ha sido en ninguna manera comedida, ni discreta, ni prudente, ni comprensible. Son también numerosos y muy visibles los casos de profesionales sanitarios que han utilizado la información para buscar notoriedad y popularidad o como arma de confrontación política, bajo una falsa objetividad profesional. Todas estas actuaciones han contribuido a aumentar la confusión en una población que ya de por sí ha estado asustada y desconcertada.

Estas conductas informativas, improvisadas y a veces engañosas, han evidenciado que los profesionales médicos no siempre son los héroes a los que hemos aplaudido en la época más dura del confinamiento y han impactado negativamente en la opinión de la ciudadanía acerca de la confiabilidad de la clase médica. Afortunadamente, el listón de partida era muy alto, pues los médicos y las profesiones sanitarias suelen estar siempre en las primeras posiciones en todas las encuestas acerca de la reputación de los distintos gremios. En concreto, los médicos y los profesionales sanitarios que nos atienden (en los CAP, en los hospitales y en los centros sanitarios) son, según los estudios de percepción pública, la vía de acceso a la información sanitaria que la ciudadanía considera más confiable. Sin embargo, recordemos que durante muchos meses la relación directa de los ciudadanos con los profesionales médicos que habría tenido lugar con regularidad en una situación normal –especialmente entre los grupos de personas mayores y aquellos con enfermedades crónicas– se suspendió totalmente o se redujo a mínimos. Por tanto, la ciudadanía, y en especial los de mayor vulnerabilidad frente al virus, se quedó sin el efecto orientador y amortiguador que podría haber ejercido el médico de familia respecto al manejo de la información sobre la pandemia o a cómo reducir la ansiedad provocada por la sobreinformación constante. Cada individuo, a veces confinado desde la soledad de su hogar, se fue

creando su particular percepción sobre lo que estaba aconteciendo y sobre lo que había o no que hacer en cada momento según le iban informando los medios a los que tuviera acceso, lo que le llegaba por las redes sociales o aquello que compartiese con los círculos más personales con los que mantenía contacto.

En España, los profesionales sanitarios protagonizaron, además, un fenómeno comunicativo en redes sociales que no fue tan intenso en otros países (Metcalf *et al.*, 2020). Probablemente debido una situación de partida de la sanidad española muy comprometida, después de años de recortes, muchos profesionales sanitarios se grabaron a ellos mismos en sus centros de trabajo, generalmente sin solicitar permisos ni a la gerencia ni a los departamentos encargados de autorizar el uso de imágenes internas, ni tampoco a los propios pacientes. En su intento por mostrar la precariedad de su trabajo y la magnitud de la situación, muchos profesionales sanitarios compartieron vídeos en los que con frecuencia se violaban los derechos de dignidad, intimidad y anonimato de los pacientes o sus familiares. Muchos de estos vídeos se hicieron rápidamente virales y, de hecho, permanecen aún en cualquier lugar de la Red.

La información respecto a la investigación e integridad científica

El buen uso de la información relacionada con la investigación queda recogido y consensuado dentro del concepto de integridad científica. De hecho, el uso de la información constituye un pilar central en la definición de integridad. En la mayor parte de códigos de conducta que regulan el ejercicio de la investigación encontramos que la integridad de la persona que se dedica a la investigación exige una combinación de algunos de estos valores: honestidad, transparencia, equidad, responsabilidad, veracidad, rigor, objetividad, independencia, imparcialidad y neutralidad, cooperación, honestidad y compromiso. Como vemos, muchos de estos atributos tienen que ver con el uso que da el investigador a los datos: su recogida, tratamiento, interpretación y publicación.

Como en el caso de los profesionales sanitarios, parte de la integridad científica consiste en dar un buen uso de la información cuando es comunicada hacia el gran público, sea a través de medios periodísticos o a través de redes sociales. También en este caso sucedió lo que comentábamos para los profesionales sanitarios; se pueden encontrar casos de buena y mala praxis en cuanto al manejo de la información, pues también en este caso floreció un número impensable de científicos de todas las disciplinas dando su opinión acerca del coronavirus y la extensión de la COVID-19, a pesar de que lógicamente muchos no tenían ni competencias ni conocimientos específicos sobre el tema.

Pero, sin duda, lo más destacable en la comunicación de la investigación sobre la COVID-19 ha sido que se han creado nuevas reglas del juego. Si antes no se consideraba ético comunicar a los medios una investigación hasta que esta no se hubiera publicado en una revista con *peer review*, en esta pandemia hemos tenido que aceptar los *preprints*, pues el ritmo de la investigación ha sido mucho más acelerado, así como también lo han sido los recursos económicos y humanos que se han puesto en la investigación y la expectativa pública y política detrás de cada noticia. Esto ha sido especialmente llamativo en la crónica de la investigación de las vacunas, tras la cual se ha visto claramente una carrera movida por las distintas fuerzas de poder geopolítico y narrada a golpe de rueda de prensa.

La comunicación de la investigación de las vacunas (el uso de la metáfora de la carrera, o la de la luz al final del túnel, por ejemplo) ha tenido y seguirá teniendo un impacto en la población. De hecho, en las sucesivas olas de las encuestas de percepción pública se ha visto esa notable variación de la opinión respecto a las vacunas, muy en paralelo con las noticias que iban apareciendo y con el tono que se ha utilizado en ellas. Y lo que ha sido claro en el caso de las vacunas, también lo es en cualquier otro aspecto que haya tenido que ver con la pandemia. La comunicación tiene un enorme impacto en la opinión pública cuando se trata de algo nuevo o de lo que tenemos pocos conocimientos. Y ese impacto puede ser positivo o negativo, ir en la dirección que deseamos o en la que desean otros actores.

La transparencia y el buen uso de la información deberían ser el estándar en cualquier ámbito de la comunicación, pero especialmente en aquellas situa-

ciones en las que la atención es tan elevada y también lo es la incertidumbre. Los códigos profesionales tienen bastante bien recogidos cuáles deben ser nuestras conductas, excepto en algún punto en el que aún puede haber algo de debate. Ahora falta que todos los que participamos en la comunicación asumamos nuestra responsabilidad y exijamos a los demás también la suya.

Unesco. Principios Internacionales de Ética Profesional del Periodismo. Unesco; 1983.

Bibliografía

Código de Deontología del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Barcelona; 2005.

Col·legi de Periodistes de Catalunya. Código Deontológico. Barcelona; 2016.

Consejo de Europa. Código Deontológico Europeo de la Profesión Periodística. Estrasburgo; 1993.

Federación de Asociaciones de la Prensa de España. Código Deontológico. Mérida; 2017.

Federación Internacional de Periodistas (FIP). Declaración de principios de la FIP sobre la conducta de los periodistas; 1986.

Metcalf J, et al. The COVID-19 mirror: reflecting science-society relationships across 11 countries. *Journal of Science Communication*. 2020; 19(7): A05. Disponible en: <https://doi.org/10.22323/2.19070205>.

Peset JL. El renacer del hipocratismo en la cultura médica moderna. *Res Publica Literarum. Suplemento monográfico Tradición Clásica y Universidad*. 2008; 4: 1-17.

Revuelta G. La visión de los periodistas sobre la evolución del ecosistema metafórico de la comunicación sobre salud y biomedicina. *El Profesional de la Información*. 2019; 28(2).

Sánchez JM. Fuentes de información y credibilidad periodística. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*. 2005; 11: 93-102. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/13293>.

Recomendaciones: transparencia y comunicación

La transparencia es una característica exigible a las comunicaciones de las autoridades sanitarias a la hora de informar sobre problemas de salud que afecten a la población en su conjunto y, en su caso, sobre los procesos mediante los que se elaboran las normas o recomendaciones para su prevención y control.

Más que en facilitar todos los datos disponibles sobre la cuestión, consiste en proporcionar la información relevante y, sobre todo, en no ocultar o enmascarar ninguna información.

Inundar el medio de datos de cualquier índole acostumbra a desconcertar y confundir más que a aclarar las cosas.

La transparencia debe complementarse, sin embargo, con la práctica de dar o rendir cuentas, es decir, con asumir las responsabilidades derivadas de la toma de decisiones, mediante explicaciones comprensibles, suficientes y públicas.

Las autoridades sanitarias deben respetar también los criterios de veracidad, puntualidad y oportunidad a la hora de comunicar información sobre cuestiones de salud de interés colectivo.

En el caso de proclamar medidas preventivas y de control a la ciudadanía, ya sean obligatorias o simplemente recomendadas, las autoridades sanitarias deben responsabilizarse sobre su pertinencia, proporcionalidad, mínima interferencia sobre la vida cotidiana, así como de que sean fácilmente comprensibles, limitando al máximo las potenciales inequidades.

Convendría que las autoridades asumieran el compromiso oficial de asumir las responsabilidades derivadas de no respetar adecuadamente los criterios éticos mencionados.

No solo las autoridades deben actuar con transparencia. También lo deberían hacer los medios de comunicación social, las publicaciones científicas y, en

la medida de lo posible, los particulares implicados en la generación y en la difusión de datos, informaciones, opiniones y cualquier tipo de mensaje relacionado con problemas de salud de interés colectivo.

Aunque la difusión de datos falsos, opiniones, conjeturas o comentarios distorsionados voluntariamente con el propósito de manipular la percepción de los receptores es éticamente reprobable, resulta difícilmente prevenible y sancionable en la práctica, debido a que cualquier forma de censura podría tener peores consecuencias. Sin embargo, convendría explorar procedimientos útiles para minimizar los efectos adversos atribuibles a la elaboración y difusión de información falsa o distorsionada, en cualquier sentido.

**Aportaciones de los
expertos**

Macario Alemany

Universidad de Alicante. Director de la cátedra «Emilio Balaguer» de Bioética, Medicina Social e Historia de la Medicina

Una retórica para los asolados por la pandemia

Evitar los daños que produzca la epidemia de la COVID-19 está parcialmente bajo el control de las autoridades y de los ciudadanos. Cuanto más prudente sea el comportamiento de los individuos, menos contagios habrá en el grupo. Mientras avanza la vacunación, y ante la ausencia de tratamiento, el comportamiento de la sociedad es un factor clave en la lucha contra la enfermedad.

La lista de responsabilidades de las autoridades en la lucha contra la pandemia es muy larga. Entre ellas está el promover que la conducta ciudadana sea en general prudente, lo cual es un objetivo que también está *parcialmente* bajo su control. Se trata de una política con un aspecto paternalista, en tanto que se orienta a evitar que los individuos se dañen a sí mismos, y un aspecto no paternalista, en la medida en que se orienta a evitar que unos sujetos dañen a otros contagiándolos y a generar un estado de cosas que podríamos denominar de inseguridad social en cuanto a la salud. Hay cuatro grandes tipos de medios para llevar a cabo una política: los recursos económicos y materiales; el personal disponible; las regulaciones jurídicas; y la persuasión. Me voy a centrar en este último instrumento.

La argumentación es una actividad discursiva orientada a dar razones en favor de una tesis que se pretende verdadera, válida, aceptable, etc. La argumentación práctica (orientada a determinar qué se debe hacer) está ligada a la idea de persuasión. La persuasión, a su vez, está ligada a la idea de acción. Cuando se logra persuadir a una persona de que haga algo, lo hará. Esto es así porque la persuasión descansa en realidad en las propias convicciones del receptor del discurso, de ahí que quepa afirmar que toda persuasión reside en la adap-

tación del orador al auditorio. Quien es persuadido hace suya la pretensión del orador. Sin embargo, en ocasiones, ocurre que se está de acuerdo con las razones, pero no se acepta la pretensión, o se acepta (en teoría, podría decirse) pero no se liga a una conducta coherente con esa aceptación. En estos casos se admite que la argumentación puede ser *convinciente* pero no *persuasiva*, no llega a mover a la acción. Hay muchas razones que explican esta conducta irracional, todas ellas derivadas de que los seres humanos solo somos «racionales» en potencia, como posibilidad, pero en el acto estamos sujetos a infinidad de deficiencias en el razonamiento. Piénsese en las ya muy conocidas teorías de los sesgos y los heurísticos. Finalmente, podemos encontrarnos con que una argumentación fracasa tanto en persuadir como en convencer, porque simplemente el auditorio no está abierto al argumento.

La única manera de que la población se comporte prudentemente a partir del discurso es persuadiéndola. En este sentido, el objetivo del orador no puede ser meramente informativo, sino que tiene que adaptar su discurso a lo que sea necesario para que el auditorio se persuada. El engaño, la mentira y la argumentación falaz pueden facilitar la persuasión (en este sentido, la argumentación convincente y la persuasiva se pueden llegar a oponer), pero siempre que no sean detectados como tales. Por ejemplo, en el caso de las comparencias del doctor Simón, sus errores y, ocasionalmente, engaños (las mascarillas pierden eficacia profiláctica según que estén o no disponibles) sí son detectados, por lo que su discurso pierde eficacia: la gente ya no se fía del todo de él. Conforme el largo hilo de reflexiones que teje el doctor Simón, día tras día durante ya casi un año, arroja un dibujo más incoherente (ya ha traído tópicos en un sentido y su contrario y ha ensayado todo tipo de argumentos), su capacidad de persuasión descansa más en las formas. A estos aspectos se dedican con fervor los expertos en comunicación: se trata de dar la imagen de alguien tranquilo y razonable, que dice las cosas de forma sosegada, con lo cual debe ser merecedor de crédito. El problema es que la prevalencia de estos aspectos que se refieren al cómo decir y a la forma de actuar al decirlo se hacen en menoscabo del contenido del discurso. El final del camino es la mera propaganda política.

Pretender que la población sea prudente simplemente *persuadiéndola* es una ingenuidad (con más frecuencia será una falacia). Y *convencerla* de que hay

muchos riesgos y deberían ser prudentes, cuando finalmente por debilidad de la voluntad u otros factores no logran comportarse de acuerdo con esa idea, no es suficiente para lograr el objetivo buscado de salud pública. De aquí que sea ineludible acudir a los otros instrumentos de la acción política y, en particular, a la coacción del Derecho. La información es esencial para legitimar las políticas, más cuando se les exigen sacrificios a los ciudadanos, pero estos tienen, en una situación de pandemia tan grave como la actual, *derecho a no equivocarse*, a que sean las autoridades quienes velen por sus intereses en la salud.

De lo dicho, cabe extraer, a mi juicio, dos conclusiones que voy a aplicar a las tristes circunstancias actuales en España. En primer lugar, si no se quiere que se den comportamientos imprudentes, en este contexto no bastará con explicar el porqué, será necesario prohibirlo: si «salvar la Navidad» consistía en permitir lo que no debía hacerse, la autoridad ha incurrido en responsabilidad. En segundo lugar, seguir la opinión de la mayoría de los expertos (no necesariamente de todos) sobre si procede o no una cuarentena –confinamiento, se diría hoy– es, sin duda, la única forma racional de conducirse (¿qué otra puede ser?). Pero cuando hablamos de «los expertos» no nos referimos únicamente a personas, sino más bien a una institución, la ciencia, que se compone de personas y otras muchas cosas. Entre ellas está la independencia, que, como la de los jueces, puede ser atacada cuando los intereses contrapuestos arrecian. Así que es necesario crear una estructura que pueda funcionar de forma suficientemente independiente. En definitiva, en este tema, en mi opinión, debería tomarse como modelo a agencias con capacidad de decisión, por ejemplo la Agencia del Medicamento, constituidas no *ad hoc*, aislados ya por la pandemia, sino previamente al problema y con estabilidad, para determinar cuáles son las medidas extraordinarias de salud pública adecuadas.

Roberto R. Aramayo

IFS-CSIC¹

No hay libertad sin igualdad

I. Participación ciudadana

Como es obvio sería deseable potenciar la participación ciudadana en los debates públicos y establecer procedimientos que permitieran hacernos copartícipes de las decisiones, lo cual incrementaría la responsabilidad individual y validaría el principio de autonomía rousseauiano, conforme al cual solo hacemos auténticamente nuestras las leyes cuando nos reconocemos en su espíritu, como si pudiéramos habérmolas dado nosotros mismos, por utilizar los términos que usa Kant en *Teoría y práctica*. Las leyes tan solo valen cuando se inscriben dentro de nuestros corazones y no en placas de mármol, entendían ambos junto a Diderot.

Mientras las instituciones arbitran nuevos cauces digitales para propiciar nuestra participación, podemos utilizar los canales con que ya contamos y no utilizamos. Podemos dejar por escrito nuestras quejas o sugerencias en todo tipo de ventanillas. Nadie formula reclamaciones por escrito ni acude a las oficinas de los consumidores o a las de los diferentes Defensores del Pueblo. Conviene recordar que, como explica Tocqueville, la Revolución Francesa no hubiera tenido lugar sin esos *cahiers de doléances* donde se recogieron las quejas del pueblo bajo el Antiguo Régimen.

También podemos participar mediante gestos con una gran carga simbólica, como fue el caso del aplauso colectivo desde los balcones mientras estuvimos confinados al comienzo de la primera ola y, por supuesto, utilizando las oportunidades que nos brinda Internet para expresar nuestro parecer.

II. Paternalismo y libertad

Lógicamente ahora urge hacer frente a la pandemia que ataca directamente a nuestra salud física y mental. Pero a medio y largo plazo hay que luchar contra otras pandemias preexistentes agudizadas por la de la COVID-19: las de la desigualdad y la desinformación.

Enfrentados al binomio de libertad y seguridad hay que elegir siempre lo primero, puesto que lo segundo ni siquiera cabe alcanzarlo jamás con plenas garantías. Los controles de seguridad aeroportuarios que nos convierten a los viajeros en sospechosos por unos minutos, o esas cámaras de vigilancia que pueden identificarnos por nuestros rasgos faciales y van proliferando en ciudades como Niza, responden a una lógica perversa, merced a la cual sacrificamos nuestra libertad en aras de una incierta seguridad que puede justificar inadmisibles intromisiones dentro del ámbito privado.

El paternalismo implica considerar a sus destinatarios como menores no emancipados y conlleva por lo tanto a una infantilización de la ciudadanía. Como nos recuerda Cassirer en *El mito del Estado*, la intensificación del malestar social suele dar pie al mesianismo político, porque se demanda un caudillaje fuerte que tome los mandos de la nave común. Ese descontento social es un magnífico caldo de cultivo para los demiurgos que ofrecen recetas mágicas con eslóganes repetidos hasta la saciedad como si fueran mantras. En esas coyunturas históricas los aprendices de brujo practican la polarización del sectarismo político y el maniqueísmo social, cercenando el diálogo.

III. Transparencia y comunicación

Para inmunizar a la población contra las patrañas tóxicas que inoculan los demagogos de turno, contamos con antídotos contrastados a lo largo del devenir histórico durante siglos, como son la reflexión ética y el espíritu crítico propio de la filosofía. Necesitamos dispensar grandes dosis de pedagogía social, deontología profesional y ejemplaridad institucional para inspirar la confianza que genere responsabilidad colectiva e individual.

En el siglo XVIII Kant designó el principio de publicidad como un criterio fundamental para discriminar las normas injustas y descartar como inapropiado lo que necesita del secretismo para salir adelante. Sin embargo, hoy en día las mayores aberraciones pueden prosperar sin ocultarse, aprovechando las avalanchas informativas que logran sepultarnos y distraer nuestro discernimiento de las cuestiones relevantes.

Deberían arbitrarse algunas contramedidas cibernéticas para combatir la intoxicación informativa que da lugar al negacionismo, la posverdad y los hechos alternativos. Falta saber qué tipo de agencias intergubernamentales e internacionales pueden poner unos filtros que no deben censurar, sino limitarse a velar por el derecho a recibir una información veraz y contrastada que no sea meramente sensacionalista. Plataformas digitales de alta divulgación como The Conversation pueden ser un buen instrumento para difundir informaciones mínimamente fiables.

Los nuevos medios tecnológicos nos hacen rendir culto a lo instantáneo y no apreciar la credibilidad. De igual modo nos hacen acariciar una prepotencia que nos hace despreciar esa incertidumbre que resulta consustancial a la naturaleza humana, sin dejarnos apreciar que nuestros mejores logros en cualquier ámbito se deben a nuestra fragilidad e interdependencia. Incluso las certezas científicas deben ser siempre provisionales y revisables, a la espera de que puedan surgir confirmaciones o desmentidos ulteriores. Tenemos que acostumbrarnos a convivir con la incertidumbre, dejándonos acicatear por el miedo sin ser presa del pánico.

Esta crisis puede plantearse como un vivero de oportunidades, ya que podría generar un modelo de contrato social presidido por el espíritu solidario de cooperación y no por la mentalidad ultraneoliberal del sálvese quien pueda caiga quien caiga. Necesitamos cambiar las reglas del juego para poder afrontar los grandes desafíos del cambio climático, la justicia intergeneracional y las polymórficas desigualdades (brecha de género, analfabetos digitales, precarización del mercado laboral, ancianos considerados improductivos en términos economicistas, pauperización de la infancia, juventud sin expectativas de futuro).

Hay que reivindicar la esfera pública en lugar de privatizarla encubierta o abiertamente y tener muy claro que un Estado del bienestar apuntala el

Estado de derecho, porque sin un sistema sanitario, educativo y asistencial las democracias liberales no pueden sobrevivir. La mayoría de los ciudadanos tienen vedado el acceso a los bienes materiales más primarios, pero también a los culturales, lo que les predispone a verse manipulados con mayor facilidad. En definitiva, sin oportunidades igualitarias no cabe una libertad que sea digna de llamarse así.

Nota

1. <https://theconversation.com/profiles/roberto-r-aramayo-875223>.

Montserrat Busquets

Enfermera. Profesora jubilada de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona

Cuidado, participación y COVID-19

Durante la grave situación ocasionada por la pandemia de la COVID-19 la magnitud de las vivencias y experiencias, junto a los problemas generados por un exclusivo enfoque biomédico, han hecho más evidente que nunca, si cabe, que las políticas de salud deben definirse desde y con las personas a las que se dirigen. El abordaje de la pandemia ha puesto en clara evidencia lo que sucede cuando no se tiene en cuenta la experiencia de las personas y se dejan en segundo lugar condicionantes primordiales de la salud como la clase social, la pobreza, el género, la edad, las relaciones interpersonales, la participación proactiva, etc.,¹⁻⁴ aspectos que, al no haber sido tenidos en cuenta de forma institucional, han generado situaciones incomprensibles y de muy difícil justificación ética en una sociedad democrática. Cabe pensar en las limitaciones de la evidencia científica tomando medidas para que la protección frente al virus no pueda deshumanizar las relaciones y obvie las necesidades de cuidados. Ejemplo de ello es el abandono de las personas residentes en centros de ancianos y de sus cuidadores en el primer tiempo de la pandemia, la muerte en soledad, la priorización de servicios hospitalarios por encima de los comunitarios, la reducción de las ayudas a domicilio, el aumento de la carga familiar, la soledad y el aislamiento social de jóvenes, de mayores y de personas con discapacidad. El cuidado no ha sido una preocupación institucional, quedando en manos de las personas concretas, que, ya sea individual o colectivamente, lo han proporcionado con un elevadísimo esfuerzo personal en muchos casos. Ha sido un ejemplo de lo que Joan Tronto denomina «irresponsabilidad privilegiada» al referirse a que «las personas en posiciones de poder pueden evitar sus responsabilidades de cuidados porque suponen que otros lo harán».⁵ Todo ello ha evidenciado la exigencia de centrar la atención en las necesidades de las personas que reciben cuidados y en quienes cuidan, tal y como propone el enfoque y la perspectiva enfermera del cuidado.

Las políticas adoptadas por cada comunidad autónoma y por el gobierno central han sido mayoritariamente dirigidas por la enfermedad provocada por el virus. Se han relacionado con la reducción de los contactos personales a través del confinamiento total o parcial, dependiendo del momento y del lugar, otorgando a la ciudadanía gran parte de la responsabilidad en el control de la transmisión del virus. Por otro lado, la situación se ha presentado a la opinión pública desde la óptica del miedo. Se ha explicado con un lenguaje belicista, como una batalla contra el virus con guerreros y héroes *–los profesionales–*, enemigos a vencer *–el virus–*, ganadores *–los que sobrevivían a la enfermedad–* y perdedores *–quienes morían–*. De acuerdo a esta idea, el esfuerzo se ha centrado en la capacidad de las instituciones sanitarias para combatir el virus potenciando el enfoque biomédico de la atención y, en consecuencia, preocupándose del número de unidades de cuidados intensivos disponibles, de los criterios de priorización de ingreso, de la disponibilidad de material de protección... y finalmente de disponer y distribuir vacunas, presentadas a la opinión pública como la solución única. Debido a esta mirada casi exclusiva de combate a la enfermedad, tanto las medidas adoptadas como su presentación a la sociedad han ensombrecido el cuidado que más o menos tímidamente estaba tomando presencia en las instituciones de salud.

La aportación más importante del cuidado es su carácter ético al visibilizar y dar voz a todos los actores involucrados, al reforzar el compromiso entre ellos promoviendo las relaciones de interdependencia y solidaridad, y al considerar las responsabilidades individuales y colectivas. Por ejemplo, en la pandemia las políticas centradas en el cuidado deberían haber tenido en cuenta el sufrimiento que produce el alejamiento de los seres queridos, por lo que se habría establecido la prioridad del soporte familiar creando, de forma regular, canales efectivos de comunicación entre las personas enfermas y/o residentes y sus familiares, haciendo posible las visitas en los hospitales y residencias integrándolas en el plan de cuidados, sobre todo en situaciones de fin de vida, en las que la limitación de las visitas no debería haber sido la norma sino la excepción. En consecuencia, se habría tenido en cuenta que la soledad en la muerte agrava, o cuando menos dificulta, el proceso de duelo tanto de la persona que muere como de su familia. Y se habrían propuesto alternativas imaginativas al encierro al que se sometió a los ancianos residentes en centros

de mayores teniendo en cuenta el daño cognitivo, emocional, familiar que provoca el aislamiento, reorganizando la atención de acuerdo a ello. Estos aspectos, entre otros, han estado presentes en algunas iniciativas de cuidados promovidas por enfermeras, médicos o trabajadoras sociales que han dado una respuesta de atención centrada en las necesidades de las personas, al no considerar exclusivamente los aspectos biomédicos y carenciales de la situación. En definitiva, la propuesta del cuidado es que la experiencia de padecer el virus o de prevenirlo pueda ser vivible de la forma más saludable posible.

Es inexcusable desarrollar y aplicar políticas públicas desde el protagonismo del cuidado y de la asistencia centrada en las personas, cambiando realmente el paradigma de las políticas sanitarias a políticas de salud. El cuidado es un enfoque inclusivo y participativo porque implica que la atención prioriza y se organiza en torno a las necesidades para la vida cotidiana, coloca en primera línea a la persona y al grupo y entiende que su experiencia, contexto de vida, sus relaciones y sus capacidades individuales y grupales son aspectos esenciales en la atención a la salud y, por ello, en el tratamiento de la enfermedad. En la promoción de la salud, en la adopción de medidas saludables y en la prevención de enfermedades el enfoque del cuidado se centra en el establecimiento de canales de comunicación, en los que las personas se involucran y buscan colegiadamente comprender mejor los aspectos científicos, sociales, sanitarios, económicos, de la realidad que viven para encontrar vías de solución.⁶ El cuidado es un argumento de la inversión en educación para la salud con el objetivo de promover realmente el compromiso autónomo de las personas y comunidades en su corresponsabilización en la toma de decisiones respecto a la salud individual y colectiva.

Más que nunca se ha hecho evidente que el cuidado aún la ética de la responsabilidad, de la justicia y de la virtud. La pandemia ha hecho visible la necesidad de cuidados y nos hemos dado cuenta de que la democracia se mide por la forma como una sociedad cuida de las personas que precisan ayuda, por lo que cada uno hace por el otro, entendiendo que el cuidado es un asunto político:⁷ una forma de organización que estructura las sociedades democráticas en redes de cuidados inclusivas y recíprocas en las que todos somos imprescindibles, una forma de organización que centra el compromiso y la responsabilidad colaborativa/participativa entre personas.

Notas

1. García Calvente M, del Río M, Maroto G. Género, cuidados y coronavirus: antes, durante y después de la pandemia. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2020. Disponible en: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/genero-cuidados-y-coronavirus-antes-durante-y-despues-de-la-pandemia/>.
2. Pons E. Hay una mirada miope que culpa de los contagios a la responsabilidad individual cuando el origen está en la pobreza. Entrevista a Joan Benach. Diari de la Sanitat. 27 de octubre de 2020. Disponible en: <https://ctxt.es/es/20201001/Politica/33862/Elia-Pons-entrevista-Joan-Benach-sistema-nacional-salud-inversion-primaria-coronavirus.htm>.
3. Moreno I. Pandemia y relaciones sociales. Diario de Sevilla. 4 de noviembre de 2020. Disponible en: https://www.diariodesevilla.es/opinion/tribuna/Pandemia-relaciones-sociales_0_1516648417.html.
4. Amnistía Internacional. Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia de COVID-19 en España; 2020. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/residencias-en-tiempos-de-covid-personas-mayores-abandonadas-a-su-suerte/>.
5. Tronto J. La democracia del cuidado como antídoto al neoliberalismo. En: Domínguez-Alcón C, Kohlen H, Tronto J. El futuro del cuidado, Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera. Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona. Barcelona: Ediciones Sant Joan de Déu; 2017.
6. Domínguez-Alcón C, Busquets M, Cuxart N, Ramió A. Ética del cuidado, innovación inclusiva y calidad asistencial. Barcelona: Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona; 2020.
7. Tronto J. Caring democracy: markets, equality and justice. Nueva York: New York University Press; 2013.

Victòria Camps

Catedrática emérita de Filosofía Política (UAB)

Ser libre por el bien de todos

La pandemia nos está ofreciendo una experiencia insólita tanto por lo que hace a una limitación de movimiento que jamás habríamos podido imaginar como por la reacción que la ciudadanía está teniendo con respecto a lo que en principio calificaríamos como una grave vulneración de derechos fundamentales. Desde que empezó el primer confinamiento, el tema sobre el conflicto entre libertad y protección de la salud ha sido tratado en más de un *webinar*, lo que me ha llevado a preguntarme si tiene sentido abordar en abstracto la disyuntiva entre libertades individuales y protección de la salud pública.

Desde la filosofía, los términos del dilema están claros: se trata de un conflicto de dos derechos igualmente fundamentales, a saber, el derecho a la libertad y el derecho a la seguridad sanitaria frente a un virus altamente contagioso. La pregunta por la legitimidad que tiene el Estado para actuar de una forma paternalista sobre la ciudadanía para evitar un daño que puede afectarla lleva a considerar, en especial, la proporcionalidad de las medidas tomadas ante un peligro que, a diferencia de otros, no encaja en el argumento de que cada individuo es libre de protegerse a sí mismo o dejar de hacerlo. Cuando está en cuestión la salud pública, renunciar a la propia protección perjudica a los demás; por lo tanto, no se trata solo de considerar qué interés merece mayor protección, sino del deber de solidaridad cuando está claro que mi comportamiento puede afectar negativamente la salud de otros.

Mi primera reacción como filósofa es responder a estas reflexiones diciendo que los derechos fundamentales forman un continuo: la libertad es un derecho y un valor que debe ser considerado en función de su contribución al mantenimiento y el respeto de otros derechos y valores, como el de la protección de la salud. El valor que otorgamos a la individualidad no es separable de nuestra realidad social, que obliga a hacer un esfuerzo para que los planes de vida de cada uno puedan convivir con los del resto de miembros de la

sociedad. El objeto de la política es, entre otros, reconciliar las distintas maneras de vivir, reflejo de la afirmación kantiana de que mi libertad empieza donde acaba la libertad del otro.

Aun así, las libertades individuales han merecido una consideración destacada, de forma que las preferencias de cada individuo, siempre que respeten la legalidad vigente, son prioritarias con respecto a cualquier otro derecho. La autonomía de la persona es sagrada incluso cuando dicha autonomía parece que lleva a la perdición o autodestrucción de quien la ejerce. Es el dilema clásico entre la posición del fumador impenitente que se niega a seguir las recomendaciones del médico sin importarle que desatenderlas puede ser letal para su estado. El antipaternalismo más estricto lleva a defender la libertad del paciente que actúa con imprudencia o irracionalidad. Es su vida y solo ella la que está en juego.

Pero la COVID-19 nos ha enfrentado a una situación distinta. No es solo el bien del individuo el que está en peligro; se trata de frenar en lo posible el contagio masivo y evitar el colapso del sistema sanitario, que es una catástrofe colectiva. El interés en cuestión es el de toda la sociedad, incluso de todo el mundo, en una pandemia. No vale en este caso rechazar la limitación de las libertades aludiendo a un bien individual prioritario.

El caso, además, es que la ciudadanía lo ha entendido así y ha reaccionado con una disciplina insólita a los diversos confinamientos. En los días de mayor reclusión aceptó una limitación casi absoluta de la libertad de movimiento. No solo eso, sino que, como ha explicado la interesante presentación de Jordi Muñoz a partir de una macroencuesta que refleja el sentir de la ciudadanía, esta, en el caso de la pandemia, parece que se muestra más dispuesta a sacrificar la libertad que en otros casos, como el terrorismo, por ejemplo. No solo en la primera ola de los contagios, sino incluso en la segunda, cuando el peligro era algo menor. Parece claro que el miedo induce a menospreciar las libertades pues a nadie se le escapa que el contagio va en serio y que cualquiera es susceptible de infectarse, algo que no ocurre con otro tipo de riesgos, como el de los ataques terroristas. La conclusión podría ser que, en general y con muy pocas excepciones, preferimos la salud a la libertad cuando la salud de todos está realmente amenazada.

No diré que este comportamiento que se está prolongando, y no tiene aspecto de variar mientras no exista la inmunidad de grupo, ponga en cuestión el dilema abstracto del conflicto entre libertad y protección de la salud o entre libertad y paternalismo. Lo que sí es evidente es que el caso concreto de la pandemia nos obliga a situarnos en una perspectiva distinta, a tener en cuenta una serie de elementos, como el del miedo, que el planteamiento teórico del conflicto entre libertad y paternalismo no suele considerar.

Por supuesto que hay justificaciones éticas suficientes que explican el sacrificio de las libertades en la situación concreta en que nos encontramos. No solo justifican la actuación política, que no ha dejado de mostrarse como proporcionada, sino también la aceptación individual de la renuncia a un derecho fundamental mientras dure la pandemia. El sacrificio de las libertades, en este caso, es una aportación y una forma de cooperar con el bien común. Cuando el objetivo es la protección de la salud pública esta se nos presenta como un deber no solo jurídico sino moral. La obligación del confinamiento tiene motivos éticos, además del sentimiento de miedo: la solidaridad, la compasión, la sostenibilidad del sistema sanitario. Cumpliendo con esta obligación estamos haciendo un uso responsable de la libertad. Hacemos lo que creemos que hay que hacer, independientemente de que lo prescriba una norma de obligado cumplimiento. Estamos en lo que Lawrence Kohlberg denominó «etapa posconvencional» del desarrollo de la conciencia moral: hacer lo que se debe porque es visto como un deber moral ineludible que la persona asume desde su conciencia. En lugar de verlo como una pérdida de libertad, lo vemos como el comportamiento más responsable.

Un último apunte que no debe ser obviado en el debate así contextualizado es que, curiosamente, la defensa –abstracta, no concreta– de las libertades individuales está siendo protagonizada en estos tiempos no por los activistas de izquierdas, sino por la ultraderecha. El dilema se ha ideologizado y refleja la polarización social que ni siquiera la pandemia ha sido capaz de silenciar. Es curioso e inquietante. Podría ser un tema a tratar en un futuro *webinar*.

Oriol Farrés

Profesor agregado del Departamento de Filosofía de la UAB

Φαίνεται δὴ καὶ τὸ ἄλογον διττόν· τὸ μὲν γὰρ φυτικὸν οὐδαμῶς κοινωνεῖ λόγου, τὸ δ' ἐπιθυμητικὸν καὶ ὅλως ὀρεκτικὸν μετέχει πως, ἢ κατήκοόν ἐστιν αὐτοῦ καὶ πειθαρχικόν (οὕτω δὴ καὶ τοῦ πατρὸς καὶ τῶν φίλων φαμὲν ἔχειν λόγον).

Así vemos que la parte irracional, así como el alma como un todo, es doble. Una parte de ella, la vegetativa, no comparte en absoluto el principio racional; la otra, asiento de los apetitos y del deseo en general, en un sentido sí participa en principio de la razón, como dócil y obediente a ella (en el sentido, de hecho, en el que hablamos de *hacer caso* al padre y a los amigos).

Aristóteles, *Ética nicomáquea*, I, 13, 1102b35

El paternalismo y la crisis del coronavirus

En bioética, el paternalismo es un tipo de relación asistencial caracterizada por la aplicación del tratamiento (o la toma de todas las decisiones terapéuticas) desestimando la autonomía del paciente (o sus opiniones), con la asunción de que el profesional de la salud actúa por su bien (el del paciente). Se considera una mala praxis porque atenta contra el principio, reconocido muy ampliamente, de autonomía. Pero «paternalistas», aparte de los profesionales de la salud, también lo pueden ser los familiares y los cuidadores de la persona atendida, la Administración sanitaria o los servicios de salud pública (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; TERMCAT, Centre de Terminologia, 2019, p. 124). Estos últimos (los servicios de salud pública) han adquirido un gran protagonismo a raíz de la pandemia de la COVID-19. Cómo hacer frente a la expansión del coronavirus («doblegar la curva») se ha convertido en una prioridad esencial para muchas instituciones y ciudadanos en las sucesivas olas de contagios. En este sentido, las medidas de contención de la epidemia se han implementado a partir de criterios técnicos y políticos, a menudo ajenos a la voluntad ciudadana (o sin consultarla de forma explí-

cita), justamente para proteger a la población. En 2020, el estado de alarma por parte del gobierno español se declaró tres veces: el estado de alarma nacional de marzo a junio, el estado de alarma en Madrid en octubre y el estado de alarma nacional también en octubre. Las restricciones adoptadas en el marco de estos decretos se han justificado en términos de salud pública (evitar la saturación del sistema hospitalario, por ejemplo), con lo cual, *por el bien de la población*, se han limitado derechos y libertades (centralización de competencias y mando único, confinamiento domiciliario, confinamiento perimetral municipal, toque de queda, etc.). En nuestro ordenamiento jurídico, el estado de alarma, sin embargo, no da carta blanca al gobierno, puesto que el Ejecutivo debe rendir cuentas ante el Legislativo (Congreso de los Diputados) en plenos donde es necesaria la autorización de la Cámara para prorrogar el régimen excepcional, aparte de las sesiones de control y las interpelaciones a los miembros del gobierno.

¿Se ha asumido el paternalismo de los poderes públicos como un mal necesario? ¿Existe realmente un dilema entre la seguridad (salud) y la libertad (autonomía) de la ciudadanía? ¿La crisis del coronavirus es un escenario de laminación de derechos fundamentales? Me propongo argumentar que la respuesta a una pandemia no tiene por qué ser tiránica, despótica o paternalista.¹ Para ello, no obstante, se deben cumplir una serie de condiciones.

En primer lugar, el paternalismo en salud pública aparece clásicamente en un contexto de «puritanismo secular» (Engelhardt, 1999, p. 17). Esto significa que los poderes públicos serán paternalistas cuando impongan una ideología omniabarcante o una religión laica sobre la salud. De acuerdo con esta visión, el Estado tendría la función de obligar al ciudadano (incluso contra su voluntad declarada) a tener un estilo de vida considerado «sano» según los estándares del momento («a protegerlo de sí mismo»). No hace falta decir que, en este sentido, las medidas salubristas contra la pandemia de la COVID-19 no pueden calificarse en absoluto de «paternalistas». Y ello es así porque no promueven una concepción del bien maximalista. El objetivo es de mínimos: la protección de terceros. «Si un individuo enfermo aumenta el riesgo de contagio en el resto de personas, y por lo tanto está actuando con violencia hacia los demás, estas pueden defenderse sin necesidad de recurrir a una idea completa y particular sobre el buen comportamiento moral. Basta con reco-

nocer la responsabilidad de cada persona para consigo misma para rechazar el contacto con aquellas que sufran enfermedades peligrosas. [...] Un tema distinto es usar la coacción para disuadir a la gente de seguir ciertas conductas que puedan perjudicar su propia salud. En primer lugar, tales conductas no suelen violar los derechos de otras personas»² (*ibid.*, p. 21). El paternalismo es coacción sobre el individuo en virtud de un ideal moral (una concepción del bien). En este caso, si se quiere evitar el paternalismo, no cabe la coacción, sino solo la persuasión.

El texto de Engelhardt es de 1999. El filósofo norteamericano escribía en un mundo en el que no existía el «miedo a epidemias frecuentes» (*ibid.*, p. 13). Desde la gripe de 1968 (o incluso desde la llamada «gripe española» de 1918) no había habido una crisis sanitaria como la que estamos viviendo actualmente. La mejor forma de afrontar las situaciones normativamente complejas es con la virtud aristotélica de la prudencia, esto es, hallando límites (Aristóteles: *Et. Nic.*, VI, 1, 1138b20-25). Los límites del estado pluralista laico, en una situación ordinaria, son los derechos y libertades individuales y comunitarias. Partimos, evidentemente, del hecho de que «la promoción de una política sanitaria es una obligación moral que todo Estado debería imponer» (Engelhardt, 1999, p. 17). Ahora bien, toda ley, para ser legítima en un sentido republicano, debe hacer concordar la obligación política con la libertad civil. «Republicans understood that it was popular sovereignty's constant location of power and authority in the people themselves, not in the state or its national institutions, that allowed these very institutions to breathe, take life, and have force. When applied, the principle of popular sovereignty ensured that the decisions of any national body were made through its people's determining, and with their participation and consent» (Leipold, Nabulsi y White, 2020, p. 3). La orden de un tirano y la ley se distinguen precisamente porque esta última respeta la libertad y se basa en el consentimiento de los ciudadanos. En situaciones extraordinarias como una pandemia, empero, también se pueden limitar los derechos y las libertades ciudadanas con el consentimiento del *demos* y por razones suficientes (avaladas científicamente aun con un margen variable de incerteza) que lo justifiquen en términos del interés general. Es un límite (de segundo orden) a los límites (de primer orden) a todos los poderes públicos. Una epidemia global, en

tanto que representa una grave amenaza para la salud pública (cf. art. 43 CE), justifica estas medidas extraordinarias, siempre y cuando sean proporcionadas y prudentes (y parlamentariamente revisables). Para decirlo con la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo del Estado español de 20 de noviembre de 2020 (rec. 140/2020), ponente, Celsa Pico Lorenzo, que respondía a un recurso contra la obligatoriedad de llevar mascarilla basado en la defensa de las libertades individuales, «[l]a salud de los ciudadanos es un elemento esencial del interés general que deben atender los poderes públicos. En una indiscutible situación de pandemia como la generada por el virus COVID-19 (sic) que, notoriamente, no se circunscribe al territorio español, resulta evidente que debe prevalecer el interés general sobre el individual, esto es el derecho a la vida de la mayoría de los ciudadanos sobre la pretensión individual aquí ejercitada de contraer el virus para adquirir inmunidad. Partimos de la presunción de que las medidas adoptadas por los poderes públicos tienden a la supervivencia de la comunidad». *Salus populi suprema lex esto*.³

Bibliografía

- Engelhardt HT. Salud, medicina y libertad: una evaluación crítica. En: Libertad y salud. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, n.º 1. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 1999.
- Farrés O. *Salus populi suprema lex*. Revista de Bioética y Derecho. 2020; 50.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; TERMCAT, Centre de Terminologia: Diccionari de bioètica. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2019.
- Leipold B, Nabulsi K, White S. Radical republicanism. Recovering the tradition's popular heritage. Oxford: Oxford University Press; 2020.

Notas

1. A decir verdad (y *pace* Rousseau [cf. *Du contrat social*, III, X]), «déspota» y «tirano» son sinónimos. Ambos términos refieren a un gobierno sin consentimiento basado en el interés del gobernante. El «paternalista» también es un «gobierno» sin consentimiento, pero, a diferencia del anterior, en principio, está basado en el presunto interés del gobernado.
2. En la crisis del coronavirus, no obstante, las conductas imprudentes individuales pueden tener consecuencias para terceros.
3. «La salud del pueblo sea la ley suprema» (Cicerón, *De leg.* III, 3, 8). Las medidas salubristas se deberían hallar en algún punto intermedio entre dos extremos o límites: de un lado, el *negacionismo* y, del otro, el *slippery slope* de sobredimensionar el alcance de la pandemia (catastrofismo). Es necesario un criterio de bien común (deliberativamente acordado) para compensar las respuestas a la crisis centradas en el imperativo de la salud pública (Farrés, 2020). Si es de esperar alguna *community participation*, las recomendaciones o los programas sanitarios *también* deben reflejar el sentir ciudadano.

Javier García

Epidemiólogo

Transparencia, participación y paternalismo en la pandemia de la COVID-19

Los aspectos tratados en esta monografía podríamos encuadrarlos en lo que se ha denominado «gobierno abierto»: evolución del sistema democrático de convivencia y valores basado en el establecimiento de mecanismos para la transparencia de los gobiernos, así como de espacios permanentes de participación y colaboración de los ciudadanos, más allá del ejercicio del derecho de sufragio cada cuatro años.

El nivel de desarrollo que alcanzan estos valores en una situación de crisis como es la pandemia actual no será lógicamente muy distinto del observado en una situación normal, reflejo a su vez de la madurez democrática de la sociedad.

Los gobiernos transparentes proporcionan información sobre lo que están haciendo, ponen a disposición pública sus fuentes y bases de datos, y publican los planes de actuación, por lo que pueden ser considerados responsables frente a la sociedad. Ello debería contribuir a la autonomía de las personas.

A pesar de la gran cantidad de datos suministrados por los gobiernos en relación con la COVID-19, hay aspectos claramente mejorables.

Respecto al derecho de acceso a la información pública, el sector de la salud no era previamente de los más propensos a la transparencia. Aunque este derecho no quedó suprimido por el estado de alarma, en la práctica las distintas Administraciones han optado por el silencio administrativo en las respuestas a estas solicitudes, por lo que los peticionarios han tenido que recurrir al Consejo de Transparencia y Buen Gobierno (y sus homónimos autonómicos) y en ocasiones a los tribunales. Esto es especialmente grave si se tiene en cuenta que durante el estado de alarma ha aumentado la discrecionalidad y disminuido el control sobre los procedimientos de contratación

pública, por lo que es en estas situaciones donde es todavía más importante el escrutinio público.

Necesitamos asegurarnos de que, incluso en esta crisis, existan mecanismos de rendición de cuentas que hagan que los gobiernos respondan a las personas a las que sirven. Esto significa tener que documentar qué se adquiere, por qué, dónde y por cuánto.

Respecto a la difusión de datos, desde los inicios de la pandemia se suministraron datos globales, pero, incluso hoy en día, en algunos territorios no están disponibles por municipios, barrios, o características personales, limitaciones no siempre justificadas por la protección de datos de carácter personal. No obstante, se han hecho avances notables publicando datos en los portales de transparencia que, aun estando disponibles, en gran medida no cumplen los criterios de interoperabilidad y reutilización. Ello ha dificultado la labor de infomediarios, periodistas y analistas de datos (que han jugado un papel importante en la comprensión de la epidemia mediante la visualización de datos), surgiendo iniciativas ciudadanas para adquirir y compartir datos no disponibles o no utilizables fácilmente desde las fuentes oficiales.

Más allá de los datos, notamos serias lagunas en la transparencia sobre los procesos de toma de decisiones, justificado por «hacemos lo que nos dicen los expertos».

El grado de participación ciudadana como actividad voluntaria, individual o colectiva, con la intención de influir directa o indirectamente en las políticas públicas y en las decisiones de los distintos niveles políticos y administrativos, ha sido muy limitado. Las plataformas de participación, tanto de desarrollo legislativo como de procesos participativos o de participación orgánica, no se han visualizado. Por otra parte, la participación reactiva, informal y beligerante ha estado muy mediatizada por la polarización política.

Dentro de la escala de participación ciudadana, la situación podríamos clasificarla como «no participación», sin llegar siquiera al nivel de «participación aparente». Aun así, el grado de asentimiento de la sociedad a las normas establecidas ha sido muy elevado en la fase inicial; está por ver cuáles serán sus efectos a medio y largo plazo.

Una situación como la pandemia exige la colaboración de todos más allá del estricto cumplimiento de las normas. La colaboración institucional ha estado fuertemente condicionada por el trasfondo político, con el mayor o menor apoyo o adopción de ciertas medidas en función de la composición de los distintos gobiernos. La colaboración empresarial debería ser evaluada, abordando por ejemplo el uso de la cantidad de datos recogidos por las empresas tecnológicas en sus contratos con los gobiernos, el papel jugado por entidades privadas dando indicaciones telefónicas del tipo de confinamiento o cuarentena, los contratos incumplidos, o la información sobre ensayos clínicos y precios de las vacunas.

En cuanto a la colaboración ciudadana, parece ser que las organizaciones no gubernamentales existentes son las que han llevado a cabo las mayores iniciativas, direccionando sus actuaciones a paliar los efectos de la crisis. Esto nos muestra la necesidad de reforzar este tipo de estructuras colaborativas.

Además de las iniciativas de colaboración implementadas por las organizaciones en activo, han surgido iniciativas tales como: autoayuda vecinal, colaboración altruista de profesionales –tanto sanitarios como investigadores de diversos campos– o de emprendedores (especialmente del ámbito del equipamiento y análisis de datos).

La situación ha mostrado la necesidad de disponer de plataformas que faciliten la colaboración ciudadana tanto organizada como individual, de forma permanente, para así poder utilizarlas en situaciones extraordinarias.

Se desprende un cierto grado de paternalismo, cuando no de autoritarismo, en el proceso de toma de decisiones, si bien hay que tener en cuenta que la población encuentra justificado cierto paternalismo en estas coyunturas. Se han propuesto cinco criterios que justifican éticamente las intervenciones de salud pública que infringen la autonomía individual: eficacia, proporcionalidad, necesidad, menor infracción y justificación pública.

Limitándonos exclusivamente al primero de estos criterios, el de eficacia, sería discutible su aceptación para buena parte de las medidas adoptadas, dada la escasa base científica para su implantación, o incluso contradicción con lo considerado adecuado solo meses antes, sin que mediara un nuevo

conocimiento relativo a las soluciones más adecuadas. Así pues, resulta necesario abrir un proceso deliberativo acerca de cada una de las medidas tomadas, sobre hechos, valores y deberes, pues no se identifica que haya habido un procedimiento explícito de deliberación ética de las medidas, o un asesoramiento experto al respecto, reflejo una vez más del enfoque excesivamente biológico que se ha dado a esta crisis.

Se evidencia igualmente la ausencia de espacios de liberación moral en la Administración pública en general y los servicios de salud pública en particular. Es necesario desarrollar un marco de integridad institucional en los organismos de salud pública que fomente los aspectos éticos, forme a los profesionales, abra un debate sobre los valores y cree espacios deliberativos específicos, por supuesto abiertos a la sociedad.

Juan Gérvas

Doctor en Medicina, médico general rural jubilado. Equipo CESCA, Madrid

En la pandemia de la COVID-19 precisamos más que nunca ética, tolerancia y transparencia

Sin ética

Según el Hastings Center de Nueva York (Estados Unidos), a raíz de la pandemia de la COVID-19 la ética está en caída libre, en un precipicio sin fondo:

- <https://www.thehastingscenter.org/covid-19-and-the-global-ethics-freefall/>.

Sin ciencia

También la ciencia está en caída libre, como ha demostrado el comportamiento irracional en el acompañamiento y tratamiento de los pacientes. Por ejemplo, el uso casi sistemático de hidroxiclороquina con azitromicina, que probablemente incrementó la mortalidad de los pacientes. También la muerte en solitario en las unidades de cuidados intensivos, una práctica cruel y brutalmente innecesaria en general:

- <https://bjgpopen.org/content/4/2/bjgpopen20X101094>.
- [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(20\)30505-X/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(20)30505-X/fulltext).
- <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/gabriel-heras-el-libro-muestra-lo-que-hemos-vivido-las-uci-es-un-homenaje-para-la-memoria-historica-de-todos-nosotros-y-para-que-la-gente-conozca-funcionan/>.

Sin transparencia

En España ha sido y sigue siendo llamativa la falta de transparencia. De resultados, carecemos de acceso a los informes de los expertos y a las actas de las reuniones en las que se deciden las estrategias.

La transparencia es clave, pues, sin transparencia, brillan la corrupción y el despilfarro y se oscurece la confianza pública. Sin confianza pública es imposible dar una respuesta precisa a un problema de la envergadura de la pandemia de la COVID-19:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885102030107X>.

Sin participación popular

En España, a lo largo de la pandemia, también ha faltado (y continúa faltando) la participación popular. Todo es para el pueblo, pero sin el pueblo, infantilizando a la población y manejándola mediante el miedo culpabilizador y las promesas excesivas.

Así, por ejemplo, los grupos prioritarios para la vacunación se han definido de arriba abajo, por más que «el público debería participar en los debates sobre los riesgos y los beneficios de las vacunas, sobre quién debe vacunarse antes y por qué. Varios grupos de expertos han deliberado y escrito sobre estas cuestiones, pero la gente debe poder valorar sus argumentos y opinar»:

- <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/la-espintrnica-imita-al-cerebro-819/vacunas-anti-covid-19-incertidumbres-y-transparencia-19347>.

Sin prudencia

Se tolera el pensamiento mágico de las autoridades y sus expertos, que pueden llegar a recomendar que en las hojas informativas sobre la vacunación de la COVID-19 se haga constar, contra nuestra ignorancia actual, que «la administración de dos dosis de vacuna reducirá la probabilidad de enfermar, de

desarrollar enfermedad grave y de morir». Así mismo, que la vacunación disminuye la transmisión del virus y produce inmunidad de rebaño. Al respecto, «la vacunación supone, según la evidencia científica actual, una actuación sanitaria beneficiante tanto para la persona que la recibe como para la sociedad en su conjunto»:

- https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion1_EstrategiaVacunacion.pdf.

Pero ¿por qué no ser más sencillos, renunciar a chantajes emocionales y dar la información que tenemos sin paternalismos? Hoy por hoy, las vacunas para la COVID-19 no han demostrado disminuir la transmisión del SARS-CoV-2 ni producir inmunidad de rebaño («The unknowns of how the vaccine affects transmission makes the possibility of achieving herd immunity through vaccination uncertain»):

- [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(20\)30226-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(20)30226-3/fulltext).

Sin posibilidad de discrepar

Cualquier crítica o iniciativa no oficial se trata de «negacionismo» y se atribuye a pensamiento de extrema derecha y conspiranoico. La única forma de evitar el anatema y la lapidación es diciendo a todo que sí, por más que sea absurdo.

Por ejemplo, decir que sí a la imposición del uso permanente de la mascarilla (barbijo, cubreboca) incluso en el exterior cuando no hay problemas de aglomeración ni hacinamiento y se puede mantener distancia de dos metros. Su imposición coercitiva refleja pura superstición; en la Antigüedad se degollaban carneros ante las pestes, ahora se implanta esta barbarie salubrista sin fundamento y sin ética que restringe innecesariamente la libertad personal:

- <https://www.gacetasanitaria.org/es-face-masks-in-general-healthy-avance-S0213911120301990>.

- [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak).
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013935120315000>.

Sin entender estadística

Nos gobiernan a base de notas de prensa, bien culpabilizando a la población, bien prometiendo resultados imposibles. Todo con tal de no dar cuentas de los errores y fracasos en la gestión de la pandemia, yendo de ola en ola y sin control alguno.

Por ejemplo, fue absurda la presentación triunfal de los primeros resultados de una vacuna para la COVID-19 siendo engañoso el dato de «eficacia del 90%». Esconde un número altísimo de pacientes a vacunar para evitar la enfermedad leve, sin datos de enfermedad grave, ni de hospitalizaciones, ingresos en cuidados intensivos y muertes.

En su crítica mensual sobre estadística sin ciencia, Gerd Gigerenzer, del Harding Center for Risk Literacy (Instituto Max Plank, Alemania), destacó una frase de la comunicación de prensa de Pfizer-BioNTech como lo peor de noviembre de 2020: «La vacuna para la COVID-19 es un 90% efectiva», una afirmación que se utiliza como propaganda, a sabiendas de que se entenderá mal [Unstatistik des Monats Der Impfstoff ist „zu 90 Prozent wirksam“]:

- <https://www.rwi-essen.de/unstatistik/109/>.

Síntesis

La pandemia de la COVID-19 demuestra la capacidad de infectar de un virus y la debilidad de una sociedad enferma que pretende dar respuesta a la tragedia sin ética, sin tolerancia y sin transparencia. Hay que cambiar.

Joan Guix

Salubrista. Exsecretario de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya. Miembro del Medical Anthropology Research Centre. Universitat Rovira i Virgili

Participación ciudadana y COVID-19

El ritmo de los acontecimientos fue y es vertiginoso. La actual crisis de la COVID-19 apareció súbitamente, con un desconocimiento total del virus y su comportamiento, lo que implicaba la absoluta falta de referencias basadas en la evidencia científica. Las únicas herramientas para combatirla se reducen a lo que se denomina «medidas no farmacológicas»: mantenimiento de distancia física, mal llamada social; medidas higiénicas, especialmente lavado de manos; ventilación de los espacios y uso de mascarilla, es decir, medidas conductuales que comportan una responsabilización por parte de los individuos. Desde las Administraciones se puede hacer poco más que aconsejar o prohibir conductas determinadas, pero el cumplimiento de dichas medidas queda en manos de la ciudadanía. Sin su cumplimiento no funcionarían.

En este contexto, ha sido necesaria la toma de decisiones por parte de los políticos responsables, con mayor o menor asesoramiento científico y sin basarse en la evidencia científica, inexistente por la falta de experiencia en el microorganismo concreto y, en general, en la gestión de una crisis de esta magnitud, lo que ha implicado, en muchas ocasiones, la existencia de aparentes o reales contradicciones en la toma de decisiones y en la comunicación de las mismas y la falta de justificación clara de las decisiones a implementar con la consiguiente sensación de inconsistencia e improvisación. ¿Cómo explicamos que limitemos aforos o prohibamos actos deportivos o culturales, al mismo tiempo que consentimos aglomeraciones, sin respeto alguno de las distancias físicas recomendadas, en trenes y otros medios de transporte público? ¿Cómo justificamos el anuncio, al mediodía, de un horario de cierre para la restauración a las 17.30, y por la tarde-noche la retrasamos a las

22 horas, por ejemplo? ¿En qué nos basamos para decidir cerrar a una hora en lugar de a otra? ¿Cuál es el precio en contagios y muertes que tiene el cambio de horario? ¿Hay justificación sanitaria razonada o se cede a presiones externas ajenas a la salud? Y si no hay diferencia, ¿por qué una opción en lugar de la otra? ¿Ha sido arbitraria la decisión? Nadie puede asegurar que, en base al conocimiento científico, esta medida es mejor o peor que aquella. Es por ello que se plantean tantas dudas, debates y aparentes contradicciones. Y estas actuaciones tienen impacto no solo sobre el microorganismo, sino sobre el funcionamiento del conjunto de la comunidad. Y no hablamos solo del impacto económico, sino también del mental y social.

Naomi Klein habla de la «doctrina del *shock*», según la cual, las situaciones de crisis graves podrían ser aprovechadas para promover reformas o decisiones que, en circunstancias normales, o no habrían sido aceptadas o habrían requerido un amplio y difícil debate. Algo así podría estar sucediendo aprovechando la crisis de la COVID-19. Cuando se produce una situación de crisis como la actual, las estructuras públicas convencionales son sobrepasadas por la respuesta a aquello que es más urgente, acentuando la sensación de inoperancia de las instituciones y desprotección de la gente, dudas, cansancio y carencia de perspectivas. El miedo y la desconfianza crecen.

La participación comunitaria no es tan solo un reflejo del funcionamiento democrático de la sociedad y un derecho, sino también una magnífica herramienta para coser consensos y llegar a acuerdos, sin que ello suponga la renuncia a la última decisión, que corresponde a las Administraciones.

Constatamos la falta de un sistema de participación comunitaria en la actual crisis que, justamente por sus características conductuales y de responsabilidad individual, requieren de un consenso y una aceptación por parte de la sociedad con la finalidad de conseguir resultados aceptables.

La pregunta que planteo es: ¿No habría ayudado una mayor participación comunitaria, prácticamente inexistente, en la toma de decisiones, en lugar de la imposición de arriba abajo?

Paternalismo vs. libertad

Un conflicto clásico en el terreno de la salud pública es el que se genera entre paternalismo y libertad individual.

En contra de las concepciones clásicas de que el ser humano toma sus decisiones basándose en el razonamiento, Keynes habló de los *animal spirits*, aquellos factores que nos empujan a la toma de decisiones inciertas e incorrectas.

La salud pública, que pretende proteger y potenciar la salud de la comunidad, utiliza su conocimiento para aconsejar y, en ocasiones, forzar a los individuos a tomar decisiones salutogénicas desde una posición de asimetría de información, de poder, y de una cierta prepotencia. Sin duda, es una conducta paternalista «dura», autoritaria.

Las prohibiciones y sanciones respecto del tabaquismo y, especialmente, su impacto sobre terceros, la exigencia de determinadas vacunas para viajar a algunos lugares concretos (fiebre amarilla), la obligación de utilizar el casco al viajar en motocicleta o, en el momento actual, la exigencia de distancias físicas entre personas, el uso de mascarilla o, incluso, el confinamiento y otras limitaciones frente a la epidemia de la COVID-19 son ejemplos.

Así pues, la legislación, las sanciones o las recomendaciones aplicadas con mayor o menor presión forman parte del arsenal de la salud pública con la finalidad de proteger y aumentar la salud de la ciudadanía, en ocasiones contra su voluntad, lo que, sin duda, entra en conflicto con la libertad individual y, aparentemente, con el principio de autonomía.

No obstante, Sunstein y Thaler, entre otros, difundieron el concepto de «paternalismo libertario», proponiendo una especie de tercera vía entre el paternalismo autoritario y la plena libertad de decisión, con los problemas éticos y prácticos que ambos pueden comportar. Sin imponer ni sancionar, se trata de facilitar o conducir las decisiones en el sentido salutogénico, conservando, no obstante, la libertad individual de elección, mediante acciones sugerentes a las que dichos autores denominan *nudges* (codazos): «cualquier aspecto de la arquitectura de las decisiones que modifica la conducta de las

personas de una manera predecible sin prohibir ninguna opción ni cambiar de forma significativa sus incentivos económicos».

Mi pregunta a los demás autores de esta publicación es: ¿cuál es su opinión respecto de la utilización de los *nudges* y el «paternalismo libertario» en salud pública y, específicamente, en la actual crisis de la COVID-19 para facilitar la adopción de conductas más adecuadas sin llegar a la imposición?

Transparencia y comunicación

Habitualmente se considera que un mayor nivel de información comporta mayor transparencia y más alto grado de confianza.

Una de las características de la actual crisis por la COVID-19 ha sido, justamente, la gran cantidad de información vertida desde diversas (demasiadas) fuentes, y, al respecto, creo que puede haber un acuerdo bastante generalizado en que la confusión y la desconfianza han sido altas. Se habla de «infodemia», justamente para referirnos a este exceso de información no siempre adecuada y, en ocasiones, directamente falsa.

El filósofo coreano-alemán Byung-Chul Han afirma que un exceso de información y de comunicación no contribuyen en absoluto a una mayor claridad o comprensión de un tema, ni tampoco a una mejor transparencia ni confianza.

Han afirma: «Hoy se oye a menudo que es la transparencia la que pone las bases de la confianza. En esta afirmación se esconde una contradicción [...]. Donde rige la transparencia no hay lugar para la confianza»,¹ llegando a comparar la transparencia con el exhibicionismo y la pornografía. Su visión sobre el tema es, por tanto, decididamente opuesta al concepto de transparencia.

Hoy hemos hablado de información, comunicación y transparencia en un sentido plenamente positivo. No obstante, como ya he mencionado, la crisis actual aporta elementos para repensar el tema.

En situaciones de crisis duraderas en el tiempo y con alto grado de incertidumbre, y la actual de la COVID-19 lo es, las trayectorias de decisión no suelen ser rectilíneas, sino que presentan altos y bajos y, frecuentemente,

incluso aparentes o reales contradicciones. En un entorno de transparencia y comunicación total, estas líneas decisorias pueden ser interpretadas como inconsistentes o negligentes, incorporando una sensación notable de improvisación que puede traducirse en desconfianza, acercándonos a la visión de Han: más transparencia no implica necesariamente más confianza.

Mi pregunta a los ponentes es: ¿cuál es su opinión sobre la visión de Han en referencia a información y transparencia, especialmente en una situación de crisis como la actual?

Nota

1. Byung-Chul Han. Aviso de derrumbe. El País. 2014. Disponible en: https://elpais.com/cultura/2014/03/18/actualidad/1395166957_655811.html.

M.^a Teresa López de la Vieja

Catedrática emérita de Filosofía Moral de la Universidad de Salamanca

Transparencia como práctica**¿Comunicación o transparencia?**

En noviembre de 2020, el Ministerio de Sanidad hacía pública la Estrategia de vacunación frente a la COVID-19. Los criterios para distribuir las vacunas y los grupos considerados prioritarios para el acceso a la vacunación eran, sin duda, puntos centrales del documento. En este se mencionaban, además, dos aspectos relevantes: a) la estrategia de comunicación para informar a la población, y b) la transparencia como eje de esa estrategia. Ahora bien, ¿comunicar decisiones sobre temas de salud pública equivale a transparencia en las decisiones?

La distribución de las vacunas contra la COVID-19 es un asunto de máximo interés para gran parte de la ciudadanía. Pero la cuestión no es solo técnica –por ejemplo, cómo explicar (bien) el grado de seguridad o los beneficios esperables de las vacunas– sino de (buena) gobernanza en la estrategia de vacunación.

Información sobre vacunas

En 2021 el proceso de vacunación es un asunto que interesa y afecta a la población; desde el 2020 es una de las prioridades en la «agenda»¹ de los medios de comunicación. Estos medios están hoy al alcance de la ciudadanía, con acceso a la información a través de otros canales, gracias a las TIC. Han conllevado cambios en la relación entre los profesionales y los pacientes, modificando en parte el «ecosistema»² de la comunicación sobre salud. En el documento del Ministerio, la estrategia de comunicación valora el papel de los profesionales de la salud, imprescindible, sin duda. La información sobre vacunas que ellos puedan transmitir adquirirá otro significado, pero ¿a través de qué canales?

El Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19³ ha ampliado algunos puntos de la estrategia nacional –dos documentos del Consejo Interterritorial en diciembre de 2020–, añadiendo al objetivo de informar al personal sanitario el de informar a la población. Aun así, y pese a insistir en la veracidad y la transparencia como principios básicos, hubiera sido conveniente aportar información adicional sobre los criterios de priorización. Es decir, se podría haber ido más allá en la transparencia relativa a la distribución de vacunas.

Transparencia

Los medios de comunicación –también las redes sociales– definen el encuadre o el marco de interpretación de los mensajes.⁴ El marco ético reúne los principios –como la equidad– que, según la Estrategia de Vacunación COVID-19,⁵ han sido tenidos en cuenta para la priorización en el acceso a las vacunas. Es más, en dicha estrategia se afirma que el procedimiento y, en general, las decisiones referentes al tema se han basado en el principio de transparencia.⁶

La cuestión es si la información sobre los criterios y sobre quiénes los han establecido y el modo de aplicarlos –tras evaluar los riesgos de los distintos grupos de población– podría ser más transparente. Al fin y al cabo, de ello depende la confianza de los profesionales y de la población.

Bibliografía

Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Grupo de Trabajo de Vacunación COVID-19. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. 2 diciembre de 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_EstrategiaVacunacion.pdf.

Gallardo B, Enguix S. Pseudopolítica: el discurso político en las redes sociales. Valencia: Universitat de València; 2016.

Ministerio de Sanidad: Estrategia de vacunación COVID-19 en España. Líneas maestras. 23 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/24.11241120144431769.pdf>.

Revuelta G. Salud y medios de comunicación en España. Gaceta Sanitaria. 2006; 20: 203-208. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715849?via%3Dihub>.

Revuelta G. Comportamiento de la ciudadanía respecto a la información sobre salud: exposición, acceso y usos. Revista española de comunicación en salud. 2019; 10: 9-20. Disponible en: <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.20318%2Frevhisto.2019.4448>.

Notas

1. Revuelta G. 2006.
2. Revuelta G. 2019.
3. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. 2020; 97-101.
4. Gallardo B, Enguix S. 2016; 65-77.
5. Ministerio de Sanidad. 2020; 12-13.
6. Ministerio de Sanidad. 2020; 16-18.

Màrius Morlans

Médico

Desobediencia civil y participación ciudadana

Introducción

¿Los movimientos civiles como la oposición a los desahucios de personas vulnerables, la ocupación de calles y plazas por los indignados del 15M o el activismo a favor de la autodeterminación catalana son formas de participación ciudadana? Debido a la regulación institucional de la misma y desde presupuestos conservadores cabe la posibilidad de excluirlos de tal calificación por su condición de ilegales, pero la desobediencia civil es un elemento constitutivo de la convivencia democrática y, por ello, una forma genuina de participación ciudadana. A partir de su definición, describiremos las características que le son esenciales, así como los fundamentos éticos y su función en una sociedad democrática.

Definición

Rawls, a partir de la concepción original de Thoreau, define la desobediencia civil como una acción colectiva, pública, política, democrática y pacífica que una minoría social emprende porque considera en conciencia que la ley votada por la mayoría, o las políticas del gobierno basadas en dicha ley, son injustas dado que no respetan la libertad y la igualdad de la minoría. Y por ello, la minoría pretende provocar un cambio en la ley o en su forma de aplicarla.

La desobediencia civil es ilegal porque al oponerse a la ley se autoexcluye de la legalidad vigente. Esa es su razón de ser: la voluntad de cambiar la ley. Y para ello, se constituye en movimiento político que se organiza respetando las reglas democráticas. Las manifestaciones públicas son pacíficas como muestra de respeto a los derechos civiles de los demás miembros de la comunidad

y en coherencia con la propia finalidad de la minoría desobediente que pide ser respetada.

El carácter pacífico del movimiento es compatible con acciones disruptivas, como boicots, huelgas u ocupaciones de la vía pública que tienen por objeto llamar la atención sobre el objetivo del movimiento y poner a prueba la capacidad de respuesta democrática del gobierno. En la medida en que se ejerce una represión desproporcionada sobre dichas acciones, se refuerzan las razones de los participantes y se debilitan los argumentos de la mayoría.

Fundamentos éticos

La razón y fundamento principal de la desobediencia civil es la apelación al sentido de la justicia de la mayoría para que respeten la libertad y la igualdad de la minoría. Se apela a la justicia como principio regulador del equilibrio entre igualdad y libertad. Para garantizar la igualdad, la libertad de los unos debe respetar la libertad de los otros. La justicia es el principio ético que regula dicho equilibrio.

La desobediencia civil se basa en la convicción de la minoría de que sus derechos están siendo vulnerados, que no se están respetando los principios que han de regir la cooperación entre personas libres e iguales. En definitiva, que se ha roto el pacto entre iguales, que es el fundamento de la convivencia ciudadana. Cuando las condiciones para la cooperación libre entre iguales son violadas, solo cabe apelar al sentido de la justicia de la mayoría para que se ponga en el lugar de la minoría y comprenda que no se pueden aceptar indefinidamente las leyes impuestas.

Los partidarios de la desobediencia civil tienen la firme convicción de que se ha vulnerado el principio de libertad igual para todos. Este principio, la igualdad de los constituyentes, fue la base del pacto fundacional para garantizar la convivencia de la ciudadanía y el mantenimiento del orden público. Los miembros de la minoría se sienten discriminados por la que consideran una ley o una política injusta y se perciben como menos iguales que los miembros de la mayoría.

La razón por la que la minoría, ejerciendo la desobediencia civil, se enfrenta a los poderes legítimamente constituidos es porque sus reivindicaciones se dirigen al conjunto de la ciudadanía. Parten de la convicción de que en una sociedad democrática el último tribunal de apelación lo constituye el colegio electoral. Él es el fundamento legítimo de los poderes legislativo, ejecutivo y judicial y a quien corresponde restablecer las nuevas condiciones de convivencia y cooperación democráticas. La minoría interpela a la concepción de la democracia de la ciudadanía para evitar la que es percibida como una imposición dictatorial de la mayoría, según la acertada expresión de J. S. Mill.

Función democrática de la desobediencia civil

La desobediencia civil, no solo por el contenido político e ideológico de sus reivindicaciones sino también por la voluntad de impulsar el cambio y las formas de promoverlo, desborda la concepción de la participación ciudadana que pretende encauzar las reivindicaciones de forma institucionalizada. El fundamento de los movimientos de desobediencia civil reside en la firme convicción democrática del derecho a oponerse a una injusticia. A partir de esa convicción, se consolidan por medio de la deliberación y el consenso en torno a los objetivos del movimiento y cómo lograrlos y hacer llegar el debate al seno de la comunidad con el objetivo de predisponer favorablemente a la opinión pública y ganarla a su causa.

Uno de los retos de la sociedad globalizada es el diseño de escenarios y procedimientos que faciliten la deliberación entre personas y colectivos que no comparten valores y convicciones. Participar en dichos procesos exige una actitud de respeto a las personas implicadas con independencia de sus convicciones y siempre que manifiesten voluntad de diálogo. También requiere un cierto distanciamiento de las convicciones propias y poner a prueba su consistencia y coherencia durante la deliberación. En ese aspecto, los movimientos de desobediencia civil constituyen una escuela de ciudadanía partidaria de una democracia deliberativa y, por ello, más participativa.

Además, la desobediencia civil desempeña un papel clave en el funcionamiento de una sociedad democrática al constituir, con la objeción de con-

ciencia, uno de los procedimientos que protegen al ciudadano de los dictados de la mayoría. El objetor de conciencia no discute la legitimidad de la ley, sino que, por ser contraria a sus convicciones, pide estar exento de su cumplimiento. Es por ello que se ejerce individualmente. El objetor de conciencia no cuestiona el servicio militar obligatorio sino que alega que sus convicciones personales le impiden cumplirlo. En cambio, quien por razones ideológicas cuestiona la legitimidad del servicio militar y se niega a cumplirlo ejerce un acto de desobediencia civil y se asocia con los que piensan igual para acabar con dicha obligación.

Ambas actitudes solo son posibles en las sociedades democráticas y en la respuesta del gobierno y la Administración de justicia se puede calibrar la aspiración de una sociedad a ser «casi justa», según la terminología de Rawls. De la misma manera que se debe respetar la voluntad del objetor de conciencia y no discriminarle por su actitud, corresponde al gobierno y a la Administración de justicia responder a los movimientos de desobediencia civil de una forma proporcionada y justa.

La responsabilidad de mantener la convivencia y la concordia, aparentemente amenazadas por quienes se manifiestan pacíficamente, no recae en ellos sino en quienes ostentan el uso legítimo de la fuerza. En el cómo saber dar la respuesta adecuada a los movimientos de desobediencia civil y evitar el uso desproporcionado de la represión judicial y policial se juegan los gobiernos su credibilidad democrática. Emplear el aparato coercitivo del Estado para mantener una situación que es percibida como injusta, aunque sea por una minoría, constituye en sí mismo un ejercicio de fuerza ilegítimo al que dicha minoría tiene el derecho de resistir.

Conclusión

La participación ciudadana tiene como objetivo el empoderamiento de la ciudadanía en cuestiones de interés público por medio de los cauces institucionales creados por el poder establecido. La desobediencia civil, al manifestarse al margen de dichos cauces legales, ejerce un empoderamiento que se enfrenta a dicho poder en nombre de una causa que considera justa. La sus-

pensión de derechos constitucionales en la presente pandemia con la finalidad de preservar la salud de las personas, al margen de su necesidad y proporcionalidad, pone de manifiesto que el ejercicio del poder consiste en discernir y decidir sobre la tenue frontera que separa legitimidad y legalidad. Cuestionar la exclusividad de dicha competencia, como hace la desobediencia civil, constituye un ejercicio de democracia radical, en el bien entendido de que la raíz de la democracia radica en la participación directa de la ciudadanía en la toma de decisiones.

Bibliografía

- Aguado JA. La desobediencia civil y la democracia. El caso de la insumisión del movimiento antimilitarista. Valencia: Universitat de València-Servei de Publicacions; 2011. Disponible en: <https://tdx.cat/handle/10803/81329#page=1>.
- Candela JE. La desobediencia civil en los estados democráticos. Universitat. Revista de Filosofia, Derecho y Política. 2015; 22: 141-163. Engler M, Engler P. Manual de desobediencia civil. Barcelona: Saldonar; 2019.
- Marcone J. Las razones de la desobediencia civil en las sociedades democráticas. Andamios. 2009; 5(10). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632009000100003.
- Mill JS. Sobre la libertad. Madrid: Alianza Editorial; 2018.
- Rawls J. Teoría de la Justicia. México: Fondo de Cultura Económica; 2017.
- Thoreau HD. Desobediencia civil y otros ensayos. Madrid: Alianza Editorial; 2012.

Miquel Porta

Catedrático de Salud Pública, investigador del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas

Son las instituciones

En ciertos mensajes existe gran proporción de falsedades intencionadas diseminadas por el populismo de extrema derecha.

Beatriz Gallardo¹

No creo que haya existido nunca en nuestras vidas otro proceso social mejor que la actual pandemia para poner a prueba la capacidad de las personas y las sociedades humanas de ser coherentes y acertadas en la elección de políticas favorables al bien común. O, por el contrario, para elegir políticas masivamente destructivas de los activos sociales materiales e inmateriales.²⁻⁵

Porque decisiones individualmente coherentes y por muchos motivos meritorias contra la propagación de la pandemia vemos muchas; mientras que las individuales incoherentes y reprobables van a favor de lo que estoy empezando a esbozar. Porque abundan las decisiones colectivas que van meridianamente en contra de la efectividad y la eficiencia en prevenir o paliar la devastación que las sindemias causan. Los populismos extremistas de Trump y tantos otros en España y el resto del mundo son un ejemplo más allá de la sinrazón y la desazón. Y es un momento único en nuestras vidas para probar nuestras capacidades porque en una guerra no tendría mérito ser coherentes, cívicos, sabios: las guerras estrangulan prácticamente todo el espacio para la libertad individual; anulan, pues, los espacios individuales –que no los colectivos, al contrario– para la irresponsabilidad, el maniqueísmo, la incoherencia, la autodestrucción... Eso que llevamos tantos meses viendo cada semana en 2020 y 2021. Las guerras intestinas, el obsesivo maltrato de los adversarios electorales, el nefasto cinismo, la incompetencia, la manipulación de absolutamente todo lo que haga falta, con tal de inyectar(se) una fugaz dosis más de presencia en los medios de (in)comunicación expropiados. Cuando se culpabiliza verbalmente de ello a ciertos políticos se enmascara el notable apoyo social que tienen esas políticas destructivas.

¿Qué «decisiones colectivas» lamentables pienso que abundan? Las que toman los millones de votantes trumpistas (aquí como realidad y símbolo de tantas otras), y las decisiones en las que esos votantes influyen. O los millones de ciudadanos catalanes, madrileños y otros europeos, y allende, que declaran apoyar –y que ante las urnas apoyan– políticas *de facto* nefastas para la convivencia, la salud y la economía.

No digo lo que no digo.⁶ Así, no digo que a lo largo de la Historia no haya habido muchos otros episodios más trágicos y delirantes que el que estamos viviendo.²

Nada partidario de determinismos o fatalismos históricos, apreciaré las buenas muestras de que, en conjunto, incluso lo estamos haciendo mejor de lo esperable, dados los antecedentes. ¿Por qué no?

Los aficionados a la metodología disfrutamos pensando en un buen grupo control o de referencia o de comparación.⁷ Contrastes, comparaciones bien pensadas. Cuando aquellos pacientes con una sobredosis de opiáceos fueron los primeros en despertar del coma tras administrarles naloxona, no hizo falta un grupo control. La experiencia previa con el coma opiáceo era mala. Nunca como ahora había sido tan tenso y trágico el coma, delirio o sinrazón de una parte de nuestras sociedades. Nunca como ahora habíamos tenido una oportunidad y un deber tan diáfanos de comportarnos –colectivamente, políticamente– de forma decente, pragmática, solidaria, sensata... Todos los otros periodos históricos que hemos vivido (los otros periodos control) han sido menos exigentes. Sin ser fáciles, obviamente.

La alternativa a los maniqueísmos y su incompetencia –siendo como este texto es, una vez más, ejemplarmente *contenido*, si de verdad miramos a la gravedad de lo que ha pasado en ciertas fases–, la alternativa no es palabrería de otra índole: es algo tan poco deslumbrante pero tan vital como instituciones democráticas sólidas, autónomas, justas y eficientes: a causa de las políticas que llevan a cabo en la realidad. Junto con otros aparatos del Estado, organizaciones sociales y empresas.⁶ Eso es todo, querida. Todo no, claro, solo algo fundamental, nuclear. Una clave fundamental son las instituciones, muy por encima de los opinadores y supuestos expertos que van por su cuenta, desdeñando su deber de ser leales con las instituciones.

Sabemos bien quiénes niegan esa realidad y quiénes les incitan a negarla. Abundan los análisis.⁸ Abundan las imágenes: los asaltantes al Capitolio en Washington el 6 de enero de 2021:⁹ cuando escribo esto sigue siendo imposible sustraerse a esos hechos históricos; afortunadamente imposible, pues sería irresponsable; al menos por tres razones relacionadas, aunque distintas: porque en el monolítico delirio *patriótico* de esos racistas supremacistas no hay resquicio alguno por el que pueda colarse una brizna de realidad, de verdad (escúchalos en el vídeo);⁹ porque el virus que infecta sus mentes es similar, marco a marco, consigna a consigna, al que cada semana escuchamos en tantos espacios mediáticos y políticos de España y del resto del mundo; y porque la orquestada turba trumpista no solo propicia sino que nos pide que, por favor, tengamos más lucidez, decencia y valentía ante las turbas similares que ya hace tanto okupan tantas de nuestras instituciones y organizaciones democráticas, incluyendo no pocos recursos sanitarios y medios de comunicación públicos. Doy por descontado que no has olvidado el derroche del Hospital de Pandemias, en detrimento de inversiones más eficientes en epidemiología de campo y atención primaria; uno de los más lamentables ejemplos. Recordarlo solo es civismo. Por favor, no nos autocensuremos.

No es ético ni útil soslayar esos procesos psicopatológicos, paraideológicos, culturales, económicos y políticos que tanto explican la flagrante falta de eficacia para paliar la devastación que estamos sufriendo. No me parece correcto enmarcar los análisis solo en cuestiones de comunicación, transparencia o buen gobierno, aunque son relevantes (y los razonables «requisitos exigibles» que plantea Beatriz Gallardo,¹ por ejemplo, *exigen*, sí, instituciones como las que tantas veces proponemos los salubristas).⁶ No todo es cuestión de humanidad, liderazgo y buen rollo, por importantes que sean. Y tampoco es acertado recurrir a fórmulas verbales pseudoizquierdistas, tan inocuas, tan dóciles a las paranoias; estas, como las trumpistas, soldadas en plúmbeos moldes de frustración, amargura y miedo. Basta.

Basta de recordar lo que todos sabemos. Nuestros conflictos de intereses explican bastante bien que no seamos más claros, tantas veces. Esos silencios no acusan a quienes decimos las cosas por su nombre.

Y tienen al menos tres grandes tipos de causas, esos silencios. Las dos más importantes no son la censura que en ocasiones se nos impone ni la cobardía

personal. La causa más importante probablemente es la conciencia de que callar nos permite seguir trabajando con las instituciones, empresas y organizaciones que más influyen en el control de la pandemia.¹⁰

De modo que: son las instituciones, querida. Democráticas, justas y eficientes. No somos pocos, pero estaría bien que fuésemos más los que trabajáramos para ayudarles a «reconstruirnos» después de tanta muerte y ruina.

Y telegráficamente. Ninguna institución de ninguna comunidad autónoma puede defender sola el bienestar de su gente. Es irresponsable y desastroso que una comunidad vaya por ahí a defender lo «suyo», cuando para ello necesita cooperar lealmente con las demás, y cuando además su obligación es defender a la totalidad de la población y de la economía del Estado. La pandemia no es el simple resultado de sumar o multiplicar el problema que con la COVID-19 tiene cada una de las diecisiete autonomías, es más: más que la suma, más que la multiplicación, la dimensión supraautonómica: estatal. Toda comunidad debe asumir las responsabilidades que tiene más allá de sus fronteras. Las instituciones estatales son para todos y de todos, no «de Madrid». Por coherencia con los efectos glociales (globales y locales) de su trabajo. Así, el próximo Centro Estatal de Salud Pública contemplado en la vigente Ley General de Salud Pública es un excelente ejemplo de que no debe ser y puede no ser «de Madrid»: debe y puede ser de todos.

Realidades. La interdependencia interautonómica, la realidad supraautonómica (estatal, federal), la necesidad de cooperar en los flujos epidemiológicos y socioeconómicos inter- y supraautonómicos, y que esa cooperación y lealtad se base técnicamente en y se impulse políticamente desde unas instituciones democráticas, justas y eficientes.

Gracias a la COVID-19 también estamos viviendo cómo la política que mejor palía los nefastos efectos de la pandemia va fortaleciendo las instituciones técnicas y, a la vez que respeta más la autonomía de estas y de los expertos, trata con una visión supraautonómica nueva asuntos políticos trascendentales. Más Política (con mayúscula), menos manipulación populista de lo técnico. Debemos seguir reforzando los mimbres políticos, jurídicos y científico-técnicos (económicos, epidemiológicos, tecnológicos) de las instituciones para promover una cooperación supraautonómica más eficiente, leal y solidaria.

Ojalá sea una realidad menguante: que los efectos balsámicos de las políticas de las instituciones democráticas son despreciados, *de facto*, por millones de personas, en estos meses trascendentales. Es más que un ejemplo: un drama inédito, para nosotros, de hasta dónde puede llegar no solo la sinrazón, sino también la trágica e inocente comedia humana.^{2,6}

Y sin embargo. Menos mal que.

Notas

1. Gallardo B. Comunicación de riesgo y transparencia en la sociedad digital. Ponencia. Encuentro anual de expertos coorganizado por SESPAS y la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
2. Fuentes A. ¿Covid 2021? La humanidad al borde del abismo. El País. 13 enero de 2021. Disponible en: <https://elpais.com/babelia/2021-01-12/covid-2021-la-humanidad-al-borde-del-abismo.html>.
3. Porta M. El poder, el dinero y la carne. Prioridades reales en las redes sistémicas. En: Hernández Aguado I, editor. Definición de prioridades en las políticas de salud. Cuadernos de la Fundación Dr. A. Esteve. 2016; 36: 31-42. Barcelona: Fundación Dr. A. Esteve. Disponible en: <https://www.esteve.org/libros/cuaderno-politicas-salud/>. Porta M. Definición, ejecución y evaluación de prioridades con efectos en la salud: mucho camino recorrido. ¿Más o menos del que parece? En: Puyol A, Segura A, Peiró S, et al. Prioridades y políticas sanitarias. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2018; 48: 136-147. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/prioridades-y-politicas-sanitari-1#>.
4. Porta M. La conversación y el diálogo sobre el conocimiento científico. Entre los investigadores, la población, los medios de comunicación, las organizaciones ciudadanas y las instituciones. En: Burón A, Segura A, Terribas N, eds. Ética, salud y dispendio de conocimiento. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2016; 38: 78-93. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/ca/web/fundacio/monographs#>.
5. Porta M. Los beneficios de la salud pública. Visualizarlos y cuantificarlos para darles valor. Reflexiones a propósito del proyecto de Ley General de Salud Pública del Gobierno de España. Gestión Clínica y Sanitaria. 2010; 40(2): 43-46. Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion44.pdf>. Porta M. Ver lo que nos sale a cuenta. El País. 10 junio de 2010: 31. Disponible en: https://elpais.com/autor/miquel_porta/a.
6. Diversas intervenciones del autor estos últimos meses pueden hallarse fácilmente (por ejemplo, buscando «Miquel Porta» site:ccma.cat); otras podrían ser:
 - <https://www.agenciasinc.es/Opinion/Nunca-ha-sido-tan-facil>.
 - https://www.eldiario.es/autores/miquel_porta/.
 - <https://elpais.com/autor/miquel-porta/>.
 - <https://ctxt.es/es/20210101/Firmas/34636/Miquel-Porta-pandemia-consejo-interterritorial-sistema-salud.htm>.
 - <https://ctxt.es/es/20200501/Firmas/31379/pais-nacimiento-critica-miquel-porta-sociedad-tribuna.htm>.
 - <https://bit.ly/387crUw>.
 - <https://www.elperiodico.com/es/autor/miquel-porta-83832>.
 - <https://diarisanitat.cat/miquel-porta-quan-demanavem-prevenio-davant-les-epidemies-molts-politics-miraven-cap-a-una-altra-banda/>.
 - <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/04/08/5e8cd62421efa0e8588b45f5.html>.
 - <https://www.lavanguardia.com/lacontra/20200404/48287655321/endurecer-el-confinamiento-no-salvaria-mas-vidas.html>.
 - <https://www.propublica.org/article/coronavirus-advice-from-abroad-7-lessons-americas-governors-should-not-ignore-as-they-reopen-their-economies>.
 - <https://www.gacetasanitaria.org/en-videos-entrevista-carme-borrell-miquel-porta-171>.
 - <https://www.elviejotopo.com/topoexpress/sobre-el-covid-19-y-los-manifiestos/>.
 - <https://rebellion.org/cualquier-profesional-conoce-la-diferencia-entre-lo-que-sabe-y-como-se-gestiona-una-epidemia/>.

- Porta M. El insostenible abismo entre el guiñol político y la realidad. *Claves de Razón Práctica*. 2020; 271: 46-55. Disponible en: <https://www.revistasculturales.com/revistas/15/claves-de-razon-practica/num/271/>.
 - Porta M. No a un preu tan alt. Una reflexió i cinc propostes per millorar els aparells d'estat. *Política & Prosa*. 2021; 27. Disponible en: <https://politicaprosa.com/revista/num-27-gener-de-2021/>.
7. Bonfill X, Porta M. ¿Es necesario un grupo de control? En: Rozman C, Foz M, Feliu E, et al., eds. *Investigación médica en Medicina Clínica: Aspectos metodológicos. Selección 1983-1997*. Barcelona: Ediciones Doyma. 1998; 15-21. Publicado originalmente en: *Medicina Clínica*. 1987; 89: 429-435.
 8. Forti S. Manual de instrucciones para combatir a la extrema derecha. Contexto y Acción-ctxt. 12 de enero de 2021. Disponible en: <https://ctxt.es/es/20210101/Firmas/34701/combati-extrema-derecha-donald-trump-steven-forti.htm>.
 9. Moore R. ITV News. 6 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.itv.com/news/2021-01-06/donald-trump-fires-up-protesters-in-washington-as-congress-prepare-to-confirm-biden-victory>.
 10. Porta M. Necesidad de los silencios. Libertad de expresión, (auto)censura y vivencias epidemiológicas en la galerna pandémica. En: Casacuberta D, Estany A, eds. *Epistemología e innovación en medicina*. Madrid y México: Consejo Superior de Investigaciones Científicas y Editorial Plaza y Valdés; 2021 (en prensa).

Bernabé Robles

Jefe de Neurología del Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Paternalismo cognitivo, conducta y pandemia

Esperando que se confirme sobre el terreno la eficacia y seguridad de las nuevas vacunas, y sin antivirales significativamente eficaces disponibles, la mejor herramienta para mitigar los efectos de una pandemia vírica transmitida por vía aérea es la conducta, con el objetivo de garantizar distancia interpersonal, higiene y ventilación de espacios comunes.

La conducta se puede modular por diversos mecanismos, no todos bien recibidos en sociedades democráticas e imbuidas de una sacralización –imprescindible históricamente pero quizá no bien madurada– de los derechos individuales fundamentales. En su momento, con las revoluciones del siglo XVIII, fue primordial definirlos para evitar la explotación e instrumentalización entre humanos. Pero, tres siglos más tarde, este marco de convivencia no siempre se ha desarrollado acompañado de la correspondiente, e ineludible, promoción de responsabilidades individuales fundamentales.

La cuestión es: ¿qué resulta más útil y menos lesivo para modificar conductas: obligar o convencer? Solo tenemos algunas propuestas sólidas (distancia interpersonal, higiene y ventilación) y es en referencia a ellas sobre las que la sociedad debe deliberar, para hacer visibles sus repercusiones y las dificultades en su aplicación. En marzo quizá teníamos la excusa de la inmediatez y del *shock* tanto emotivo como cognitivo. Pero nueve meses más tarde, esta excusa ya no justifica una imposición indiscriminada.

Coacción y represión han demostrado solvencia para modificar conductas. Pavlov nos lo enseñó en el entorno experimental y, de hecho, todavía el conductismo se aplica en múltiples campos, incluida la medicina. Ahora bien, ambas estrategias traicionan la esencia misma de la democracia. La convicción lesionaría menos valores, tanto individuales como colectivos. Pero cuan-

do se aborda esta opción en la práctica, rápidamente aparecen excusas (o prejuicios) sobre asimetría cognitiva, escasa implicación de los ciudadanos no motivados o «indisciplina de la masa».

Ante las restricciones de libertades individuales fundamentales puestas en marcha para reducir la transmisión vírica, nos hemos quejado mucho del paternalismo jurídico-político ejercido. Y seguramente lo hemos hecho con razón, porque precisamente inventamos la democracia para tener líneas rojas protectoras de nuestros derechos individuales. Sin embargo, quizá el verdadero problema para no haber conseguido una mayor modificación convencida, no impuesta, de conductas ha sido lo que podríamos llamar un «paternalismo cognitivo».

Se ha querido ofrecer seguridad y confort en una situación donde lo importante era reconocer y gestionar la incomodidad de la incertidumbre, desde una prudencia no paralizante. Abusar de las certezas suele ser contraproducente, sobre todo cuando estas no las tienen aún ni los propios expertos. Argumentar con «certezas inciertas» genera desconfianza. Se ha querido convertir en expertos en virología o epidemiología a periodistas, oyentes, lectores y ciudadanos en general, cuando, pragmáticamente, se trataba de discutir comunitariamente las mejores estrategias para evitar los contactos con el contenido de la vía respiratoria del otro.

Articular esta deliberación comunitaria no se antoja demasiado complejo, si de verdad se considera relevante hacerlo. Se solicita con dinamismo y rapidez la opinión de la población por motivos mucho más triviales. Haber apostado por esto habría reforzado, no debilitado, una democracia especialmente amenazada en tiempos de pandemia. Compartir dudas y argumentos sobre las normas básicas antes mencionadas hubiese sido más productivo y realista, anticipando reflexiones con las que nos hemos topado de bruces en la práctica:

- Habríamos hablado más de por qué algunas personas, no siempre bien representadas en el ágora pública, no pueden respetar estas medidas, simplemente porque un riesgo para la salud en su caso pesa menos que mantener actividades de las que depende aún más directamente su supervivencia, por carecer de colchón social.

- Hubiésemos reflexionado antes sobre la afectación de necesidades básicas que puede imponer un confinamiento en según qué contexto. Por ejemplo, hubiésemos también metido en la ecuación, mucho antes de lo que lo hicimos, la maleficencia de la distancia y del aislamiento (ángel y demonio en esta pandemia).

Sin embargo, lo que se ha agitado es el debate público sobre las espículas de la cápside vírica y el material genético del virus, o sobre indicadores bioestadísticos de riesgo mal explicados, generando confusión y desconfianza. Se ha puesto el foco en lo biomédico, y no tanto en un concepto de salud más integral, donde los determinantes socioeconómicos son tan o más importantes. Las epidemias son fenómenos sociales, no únicamente problemas clínicos.

Todos éramos ignorantes sobre este tema, pero no por ello teníamos por qué no ser inteligentes para comprender, incluso para digerir lo que no sabíamos. Sin embargo, la estrategia política y mediática parece haberse basado en ofrecer «máscaras de certeza» que ocultasen dudas razonables. Y buscando generar sensación de seguridad, confianza y orden, quizá hayamos conseguido todo lo contrario, sumergirnos en el mar de las opiniones, del «todo vale». Esto lesiona la cohesión social, los objetivos comunes y la empatía, todos ellos imprescindibles cuando el bien común se ve amenazado, sobre todo si los más perjudicados son aquellos con menor capacidad de reivindicarse y defenderse.

Radiografiando el fenómeno y el concepto de «bien común» debemos reparar en que no en todas las personas o colectivos el bien común se ve amenazado y definido de la misma forma. La soledad hace daño a casi todos. No obstante, la infección vírica, aun en pandemia, y según los datos más recientes de España, afecta a bastante menos del 10% de la población. Esta dialéctica: riesgo casi cierto versus riesgo probable, no ha sido tenida demasiado en cuenta al analizar el comportamiento de la población. Escuchar atentamente a la ciudadanía, sin exclusión, hubiese hecho aflorar perspectivas como esta o similares, que seguramente explican una parte de la ineficiencia de las medidas impuestas. Sería muy miope pensar que toda falta de respeto a las medidas de salud pública es puro libertinaje.

Con un discurso fundamentalista sobre derechos individuales «fundamentales», valga la redundancia, quizá no conseguiremos el ejercicio de autonomía

responsable y relacional que precisa la sociedad. No debemos olvidar, desde el respeto a todo individuo (humano o no), que la sociedad es, en sí misma, una limitación a la autonomía. Como no puedes sobrevivir solo, cedes márgenes de libertad, preferencias y caprichos, para obtener cobijo, seguridad, cooperación, compañía o consuelo. La libertad absoluta murió de parto con la sociedad. Pero eso no debe ser óbice para que la sociedad cuide exquisitamente todos los márgenes de libertad individual que pueda preservar en cada uno de sus miembros. Estos márgenes serán cambiantes en cada contexto, aunque sin olvidar nunca que el valor moral de la sociedad es mayor a la suma de los valores morales individuales, puesto que la sociedad es condición de necesidad para la supervivencia de todos y cada uno de los *Sapiens*. ¿Derechos fundamentales individuales? Sí, pero *prima facie*.

Además de preocuparnos por controlar el paternalismo jurídico o político, quizá con menos paternalismo cognitivo hubiésemos conseguido preservar mejor la esencia democrática y conseguir estrategias de conducta o protección social más aceptadas, solidarias y responsables. Si hemos perdido toda confianza en el individuo, tal vez no tenga sentido seguir jugando a la democracia. Son tiempos, todavía, para la convicción, más que para la pura obediencia impuesta. Pero, para conseguir esto, debemos compartir información honesta en un lenguaje versátil y accesible para, de esta forma, DELIBERAR TODOS. Es decir, en el fondo no se trata ni siquiera de convencer, sino de DECIDIR JUNTOS.

Begoña Román

Facultad de Filosofía (Universitat de Barcelona). Presidenta del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña

Transparencia y comunicación en tiempos de pandemia

1. Sobre la comunicación

Toda acción comunicativa tiene lugar en un contexto en el que interlocutores válidos comparten mensajes. De la ética dialógica aprendimos que la veracidad, la verdad y la corrección son condiciones de validez de cualquier acción comunicativa, de forma que el atentado contra aquellas condiciones de validez no solo es mala práctica, sino que incurre en contradicción performativa, es decir, en negar las condiciones de posibilidad de la comunicación misma que necesitan para lograr sus malos propósitos. La ética dialógica nos permite fundamentar la condena al infantilismo o la infodemia, y replantear los objetivos de *marketing* al que sometemos la comunicación en busca de audiencia. Si los interlocutores han de ser válidos, no debemos infravalorar *a priori* su capacidad. Y si se constatan dificultades en la comunicación, la persona culta lo es por adecuar su registro para lograr el objetivo de hacerse entender.

Por eso las campañas y la comunicación en salud pública debieran contemplar, en sociedades moralmente plurales y multiculturales, diferentes registros. Por eso los expertos deben saber comunicar a diferentes tipos de públicos. Por eso se deben priorizar las preguntas más frecuentes, porque se abren a la participación del público al ser las más demandadas, pero igualmente se deben promover y contestar las preguntas infrecuentes pero necesarias de ser explicitadas y explicadas.

En la era digital ya no emiten solo los medios de comunicación; deberían estos replantear sus objetivos y su lugar. Quizá no se trata de dar más datos, ni de llenar espacios informativos con la mera espera de la aparición de la

noticia (si es que llega); se trata de divulgar, profundizar y justificar más y mejor. La superficie oceánica de los datos precisa de ahondamiento y discernimiento para mayor fundamentación y mejor comprensión de lo que ocurre y saber proceder.

Los medios y los gabinetes de comunicación, máxime si son públicos, ante la proliferación de los expedidores de «información», por responsabilidad del ejercicio profesional (deontologías y éticas), y por la responsabilidad de la organización en la que ejercen, debieran distinguirse por la calidad de sus mensajes, por la calidad de trato a los interlocutores válidos (respeto por los colegas y la ciudadanía) y por la atención al contexto de pandemia. Eso obliga a explicar que es mucha la incertidumbre, la complejidad, que se deben deliberar y ponderar las medidas a adaptar, y que todo ello exige espacios de encuentro interdisciplinar y tiempo. El silencio mismo no debería ser visto solo como otra forma de censura (la espiral del silencio); puede obedecer a procesos de reflexión o de espera de mejores informaciones por contrastar.

Esas condiciones seguramente no se avienen con la aceleración de la dinámica informativa (la actualidad y la actualización) y sus muchos espacios que llenar: la presión y la prisa no conjugan bien con los procesos de calidad, incluidos los de la comunicación. Todo esto, en un entorno en que los medios de comunicación compiten por ser el primero que publique (incluso filtraciones), es una llamada de atención al cambio. Los medios de comunicación y los gabinetes de comunicación de las organizaciones responsables de salud pública deberían exigirse, más que una mera cuota de audiencia, índices de credibilidad. La ciudadanía también tiene su responsabilidad. Puede desconectarse o quejarse proporcionando información contrastada, y no meramente criticar o polemizar. De ahí la importancia de canales plurales, auto-críticos y responsables personal e institucionalmente.

2. Sobre la transparencia: en y hacia la confianza

Byung-Chul Han ha explicado claramente no solo que las sociedades que más transparencia piden son las que cuentan en su seno con menos confianza, sino que, además, el exceso de transparencia puede acabar en una sociedad pornográfica, donde no hay intimidad, privacidad, interioridad. Encontrar el

término medio virtuoso entre qué es de transparencia y qué de confidencia, entre oportunidad e inoportunidad de decir públicamente, no es sencillo; y menos cuando se trata de una pandemia donde hay miedo a enfermar, a contagiar y al alarmismo social por disparar a bocajarro la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad. La frontera entre lo que decir y lo que no, o no todavía, no es siempre clara y distinta.

La eficiencia de las recomendaciones sanitarias a medio y largo plazo depende más de la confianza que generan quienes lo dicen y el porqué, que del qué se dice y las veces que se repita. Los que pretendan una comunicación seria, buena, deben entrar en los porqués, en el quiénes lo dicen (en plural, órganos colegiados más que personas omnisapientes) y en los puntos clave de la deliberación en la gestión de los riesgos. Todo lo que se diga debe ser veraz y corroborable, pero cuándo decir toda la verdad y cómo, son tareas que los políticos deberían sopesar asesorados por científicos y profesionales varios.

Genera sospecha que no se reconozca que algunas cosas se han hecho mal, que no se asuman responsabilidades por los errores o imprecisiones en comunicación, o simplemente que no se den explicaciones sobre los cambios de parecer y directrices. Igualmente genera sospecha que se criminalice enseguida a quien yerra y se encumbra y santifique pronto a otros.

Las razones para confiar son también razones para creer, no solo es cuestión de razonabilidad. Porque nadie puede saber todo siempre, hemos de creer y confiar. Sin embargo, no puede ser una confianza ciega ni una absoluta falta de confianza. La coherencia solo se muestra a lo largo del tiempo, y es muy difícil serlo en todo y todo el tiempo. Por ello habrá también que pedir disculpas. En absoluto ayudan la polarización de los blancos y negros sin matices de grises, ni la arbitrariedad, ni la politización de los problemas.

La gestión de la incertidumbre (la que se puede solventar, porque la radical siempre va a estar ahí); la complejidad de las muchas dimensiones que se deben tener en cuenta (no solo la salud y la economía, también evitar aumentar el mal de los más vulnerables), son suficientes motivos para ser más pacientes, más humildes, pero también más incisivos en nuestras participaciones ciudadanas y más proactivos (no solo reactivos) en las organizaciones a favor de causas, como una buena comunicación. La crítica destructiva es

fácil; en esto vamos sobrados. La constructiva es más consciente de las muchas cuestiones en juego.

Nuestra constitutiva interdependencia nos condena a la necesidad de tener que confiar en los otros. La ciencia es la institución que más problemas nos ha resuelto en los últimos, al menos, cinco siglos. Muchas de las adversidades que hoy padecemos, sobre todo la pandemia, solo las vamos a resolver con más ciencia. Por eso los políticos deberían respaldarla más y escucharla mejor. También los científicos deberían recordar cuestiones de integridad sin la cual no hay ciencia, y los medios de comunicación su deber para con la democracia. Y todos hemos de aprender que en tiempos pandémicos cabe ejemplaridad cívica, no solo exigirla a los otros. Vivir es complejo, pero sin ciencia, sin política, sin información y sin confianza, hoy es imposible.

Miguel Ángel Royo

Responsable del área de estudios de la Escuela Nacional de Sanidad

La comunicación de salud pública en contextos de incertidumbre

Las presentaciones y posterior debate en torno al seminario sobre transparencia y comunicación, en el marco de la pandemia de la COVID-19, me llevaron a reflexionar acerca de cuatro aspectos que me parecen cruciales en la comunicación en salud pública:

1. Sobre el objetivo de la comunicación: en salud pública tendemos a buscar la persuasión más que la información. Hace décadas que David Sackett llamó la atención sobre la arrogancia de la medicina preventiva (asertiva, presuntuosa y despótica). Siempre cabe preguntarse si la persuasión es un objetivo legítimo y evitar estrategias de *marketing* (social) que nos parecen censurables cuando las aplican otros para fines distintos a los nuestros.
2. De incertidumbres y certezas: la incertidumbre está ahí; el conocimiento del mundo es siempre limitado y el futuro imprevisible. No hay certezas absolutas, salvo en cuestiones de fe; más bien transitamos por la existencia en compañía de la incertidumbre, que nos viene dada en nuestra relación con el mundo que nos rodea. Y aunque seamos conscientes de ello, quisiéramos ser capaces de reducirla e incluso nos preguntamos qué podemos hacer para ello. Pero no podemos hacer nada para reducir la incertidumbre. La ciencia nos ayuda a comprender el mundo un poco mejor y a rellenar algunas lagunas del conocimiento, pero tanto puede reducir la incertidumbre como aumentarla, y de eso no nos dice nada. Solo queda mostrarla tal cual es y aprender a vivir con ella. Como dijo Zygmunt Bauman: «Hoy nuestra única certeza es la incertidumbre».
3. De las dicotomías (salud y economía, mascarillas, confinamientos, vacunas, etc.): si el objetivo de la comunicación es la persuasión (ven-

der algo, un producto o una idea), la ausencia de grises y matices está servida; los mensajes incuestionables, simples y rotundos, se ponen al servicio de ese objetivo, y se reduce la flexibilidad para adaptarse a los cambios del conocimiento, un fenómeno que contribuye a la polarización y la politización de la comunicación. ¿Acaso la ciencia, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son productos a la venta? Si el objetivo de la comunicación es mejorar la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones, entonces hay que informar, de forma clara y equilibrada, sobre todo aquello que la ciudadanía necesita saber, porque resulta relevante en la toma de decisiones, reconociendo aquello que no se sabe y explicando las limitaciones y el grado de incertidumbre de aquello que se conoce. El reconocimiento de la incertidumbre no está reñido con unas recomendaciones claras, que apelen al principio de precaución de forma razonada, y ayuda a situar la responsabilidad individual en primer plano, el lugar que se merece, para estimular el ejercicio pleno y consciente de la libertad individual y no como mera retórica.

4. De la infodemia: al margen de las informaciones falsas y malintencionadas, la intoxicación por exceso de información es algo de lo que todos los involucrados de una forma u otra en la comunicación (políticos, medios, expertos y científicos) somos responsables en mayor o menor medida. La presión de los medios de comunicación es muy grande, pero no creo que siempre haya una obligación moral de responder; en ocasiones más bien me parece que la obligación moral consiste en resistirse a la presión de los medios, sobre todo cuando el asunto en cuestión carece de relevancia para la ciudadanía y su difusión, más que a informar, puede contribuir a generar mayor confusión. Supongo que no soy el único que se ha dicho en alguna ocasión: «Si no ocupo yo el espacio otro lo hará», pero un pensamiento así solo contribuye, me temo, a perpetuar la infodemia. También coadyuvan a la infodemia las palabras e imágenes inapropiadas (lenguaje y escenario bélicos), la información innecesaria (por ejemplo: debate científico y algo artificioso sobre la transmisión aérea o por aerosoles vs. transmisión por gotículas) y las informaciones contradictorias o rápidamente cambiantes.

Concha Roldán

Instituto de Filosofía del CSIC

Por una ética reflexiva frente a la inmediatez de los «solucionismos»

Traslado a continuación –de manera resumida y seguramente infiel– el sentido de mis intervenciones como panelista en el encuentro anual de expertos coorganizado por SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) y la Fundació Víctor Grífols i Lucas, que hubo de realizarse en línea por la situación excepcional de pandemia –ya denominada «sindemia»– en la que nos hallamos inmersos a escala mundial desde marzo de 2020.

I. Participación ciudadana

Desde hace algunas décadas asistimos a un deseo de participación creciente en el gobierno de los problemas cotidianos de gran parte de la ciudadanía que no quiere conformarse con que su actividad política se reduzca al voto a un determinado partido cada cuatro años; incluso algunas de las personas que integran estos movimientos en los ayuntamientos rurales o en los barrios de las grandes ciudades no consideran que haya que acercarse a las urnas para hacer una política activa y responsable, cercana a la ciudadanía y a los problemas que realmente les afectan, sino que su implicación política se traduce en una asunción de aquellos deberes ciudadanos que hacen nuestro entorno más vivible, esto es, qué podemos hacer/aportar cada una de nosotras o nosotros en lugar de resguardarnos tras una mera demanda de derechos. La política, en este sentido, sería algo que se ejerce desde las comunidades de vecinos, en las que la participación o el escaqueo aparecen más claros, sobre todo en épocas de crisis o situaciones límite como empieza a presentarse la actual pandemia del coronavirus.

Ahora bien, cuando hablamos de «participación ciudadana» solemos referirnos, más que a actuaciones concretas, a la expresión de las opiniones de la

ciudadanía en los debates públicos, a través de los procedimientos que las Administraciones habilitan para ello, desde los referéndums a los buzones de consulta, que cada vez son más *online*. Por una parte, nos preguntamos si pueden competir los conocimientos científicos de la ciudadanía en su conjunto con el conocimiento experto, y, por otra, si esta parte de la población, al fin y al cabo privilegiada, tiene en cuenta en sus planteamientos y soluciones la desigualdad estructural de la sociedad, con sus brechas salariales, digitales y de género, que nos muestran cada vez más la necesidad de unas políticas de igualdad e inclusivas que conviertan en verdaderamente democrática la participación ciudadana. Si algo ha puesto de manifiesto la pandemia es que no todo el mundo tiene acceso a Internet (ni siquiera disponen de un ordenador o un móvil) y que la violencia contra las mujeres sigue instalada en bastantes hogares, en muchos de los cuales también se pasa hambre, sin contar con los sinteco... ¿Qué participación ciudadana puede favorecer la pobreza creciente?

Cuando la ciudadanía no se siente escuchada en sus necesidades, demandas y opiniones, cuando sienten que se quebró la confianza depositada en sus representantes en las urnas o que estos hacen un uso partidista de la misma, entonces se lanzan a la calle en manifestaciones multitudinarias (ni eso ya está permitido en la situación de pandemia) que dejan claro que los gobernantes, en quienes descansa en mayor grado la responsabilidad de tomar decisiones y actuaciones políticas, se están equivocando. ¿No indica esto que sería necesario crear otros espacios de participación ciudadana, que faciliten el diálogo y la interacción entre la ciudadanía y los poderes fácticos de las instituciones sociopolíticas?

II. Paternalismo y libertad

El avance de la pandemia parece haber ahondado en el viejo debate entre la seguridad y la libertad. ¿Preferimos un Estado que nos tutele e imponga ciertas medidas «por nuestro bien» o que deje a nuestro propio arbitrio cómo proteger nuestra salud? Más aún, ¿pueden las Administraciones públicas intervenir en los derechos de la ciudadanía? En este sentido, la opinión pública se ha debatido entre la crítica y la alabanza hacia la actuación férrea de la

dictadura china, incompatible con la defensa neoliberal de las libertades individuales, pero ¿acaso podemos colocar nuestro propio arbitrio por encima de la salud pública? ¿Puede obligarnos el Estado por motivos sanitarios a cerrar comercios y restaurantes o a estar confinados en nuestros hogares? ¿Puede limitar nuestro derecho de reunión, impedirnos salir a la calle si no vamos pertrechados de mascarillas u obligarnos a vacunarnos?

Como decía uno de los ponentes, más que de un dilema se trata de un trilema, en el que se nos obliga a optar entre la salud, la economía o la libertad. Instintivamente optamos por la primera como bien más preciado: «la salud es lo primero», nos decimos, pero ¿puede conservarse la salud (hay salud más allá de la COVID-19, también mental) si nos quedamos sin empleo y por ende sin techo ni posibilidad de manutención? Las soluciones que entonces se exigen –y que los gobiernos pudientes ofrecen a sus súbditos– han de ser inmediatas y doblemente paternalistas, lo que indica el conservadurismo primigenio de los seres humanos y lo que nos cuesta ponernos en el lugar de los otros cuando la situación aprieta, cuando los aplausos solidarios de los balcones van dando paso a los policías de balcón y al sálvese quien pueda... Y es que el miedo y la incertidumbre son el mejor caldo de cultivo para hacer dejación de nuestras libertades y con ello de nuestras responsabilidades. Buscamos que nos protejan quienes no han sabido proporcionar a nuestras sociedades una sólida educación y sanidad pública, que son condición de posibilidad de la igualdad social y fuentes de una genuina solidaridad o cooperación social.

III. Transparencia y comunicación

Se suele invocar la transparencia de los gobiernos como un bien incomparable: un gobierno transparente es el que nos cuenta que hace muchas cosas, aquí y allá, con tuits, fotos, vídeos, documentos en redes... y si la comunicación de la información es inmediata, instantánea –en tiempo real– entonces alcanzan la virtud absoluta, rozan la perfección. Así, poco a poco, sin darnos cuenta, la inflación de datos ha sustituido como valor a la credibilidad política, los reporteros de información al periodismo de investigación: no importa tanto contrastar las noticias como llegar antes y llenarlo todo. Los gobiernos

se alían con el cuarto poder generando en la ciudadanía un *horror vacui* que los particulares retuitean, clonan y difunden en redes diversas, sin apenas tiempo para leer detenidamente esas noticias, y menos para reflexionar críticamente sobre ellas. Importa más crear opinión (influir) que formarnos una idea de algo. Frente a esto algunas pensadoras y pensadores están reivindicando la rebeldía del silencio, que no es productivo en una sociedad capitalista que se nutre de acciones ininterrumpidas e informaciones inmediatas. Las situaciones complejas requieren que nos paremos, atentos para escuchar (y no solo oír y saturarnos de ruido), pensar, reflexionar y crear (otra forma de producir) aspectos nuevos que puedan contribuir a construir confianza y a esperar con esperanza. Como recordaba Javier Muguerza, la filosofía no nos proporciona soluciones definitivas, pero nos ayuda a plantear mejor los problemas, con perspectiva crítica: desconfiemos de las certezas absolutas y las políticas «solucionistas».

José Antonio Seoane

Profesor de Filosofía del Derecho en la Universidad de La Coruña

Salud pública y perfeccionismo

Pedir la intervención del Estado para proteger la salud individual y colectiva bajo la condición de que beneficie a quien lo solicita sin afectar a su libertad y sus derechos, olvidando las responsabilidades y los deberes que la vida en comunidad exige a cada uno de nosotros, es incompatible con una sociedad justa.

No hay comunidad sin cooperación, ni salud pública sin colaboración. Así se afirma con acierto en nuestra Ley General de Salud Pública, bajo la categoría de los deberes de los ciudadanos (cfr. art. 8 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre).

Una noción antropológica estrecha y egoísta, afín a un Estado liberal neutral en cualquier cuestión axiológica excepto en la garantía de las libertades individuales, podría aspirar a una concepción más intervencionista propia del Estado social o de bienestar, que satisfaga las necesidades –y deseos– de los individuos sin mengua de sus libertades y salvaguarde la neutralidad axiológica.

Sin embargo, cualquier modelo de sociedad y Estado que pretenda responder satisfactoriamente a las cuestiones de salud pública necesita cierto perfeccionismo; es decir, una posición o decisión intersubjetiva sobre qué bienes o valores considera prioritarios para definir de forma justificada su actuación.

Uno de esos bienes o valores es la salud, cuyo significado debe ser revisado y ampliado para ir más allá de la perspectiva biomédica y para que su cuidado no se limite al ámbito sanitario o sociosanitario. La salud debe ser concebida como capacidad u oportunidad de vida que se desarrolla en comunidad y, como tal, dependiente de la garantía de distintos factores o determinantes sociales (educación, trabajo) y de otros valores o derechos (dignidad, vida, integridad personal).

Por consiguiente, las intervenciones en materia de salud pública no deberían interpretarse como una imposición heterónoma o paternalista de límites a los individuos, pues tienen su origen en una decisión colectiva previa de coordinación de las libertades y de la posibilidad de restringir su ejercicio mediante una decisión justificada por la entidad del bien a proteger (la salud) y por la idoneidad, necesidad y proporcionalidad de la medida adoptada.

Relación de autores

Ponentes

- Josefa Cantero, profesora titular de Derecho Administrativo de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). Presidenta de SESPAS.
- Beatriz Gallardo-Paúls, secretaria autonómica de Prospectiva y Comunicación de la Generalitat Valenciana.
- Jordi Giró, presidente de la Confederación de Asociaciones Vecinales de Cataluña (CONFAVC).
- Iñigo de Miguel, investigador distinguido de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Jordi Muñoz, investigador principal del proyecto de la Universidad de Barcelona «Salud, democracia y libertad. Los dilemas ético-políticos de la pandemia», becado por la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Participan en el proyecto y son coautores de un capítulo de esta monografía, Francesc Amat, Andreu Arenas y Albert Falcó-Gimeno.
- Fernando Pindado, profesor de la UAB y consultor.
- Àngel Puyol, catedrático de Filosofía de la UAB.
- Gema Revuelta, directora del Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la Universitat Pompeu Fabra, y del Máster en Comunicación Científica, Médica y Ambiental de la BSM-UPF.
- Andreu Segura, coordinador del Grupo de Trabajo de Ética de SESPAS.
- Astrid Wagner, investigadora del Instituto de Filosofía del CSIC.

Panelistas

- Macario Alemany, director de la cátedra «Emilio Balaguer» de Bioética, Medicina Social e Historia de la Medicina de la Universidad de Alicante.
- Roberto R. Aramayo, profesor de investigación del Departamento de Filosofía Teórica y Filosofía Práctica del Instituto de Filosofía del CSIC.
- Montserrat Busquets, enfermera, profesora jubilada de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona.
- Victòria Camps, catedrática emérita de Filosofía Política de la UAB.
- Oriol Farrés, profesor agregado del Departamento de Filosofía de la UAB.
- Javier García, ex jefe del Servicio de Información y Evaluación del Servicio Andaluz de Salud.
- Juan Gervas, doctor en Medicina, médico general rural jubilado. Equipo CESCA, Madrid.
- Joan Guix, salubrista, ex secretario de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya. Miembro del Medical Anthropology Research Centre. Universitat Rovira i Virgili.
- M.ª Teresa López de la Vieja, catedrática emérita de Filosofía Moral de la Universidad de Salamanca.
- Màrius Morlans, médico nefrólogo, miembro del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Miquel Porta, catedrático de Salud Pública, investigador del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas.
- Bernabé Robles, jefe de Neurología del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
- Begoña Román, profesora de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona. Presidenta del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña.

- Miguel Ángel Royo, responsable del área de estudios de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Concha Roldán, directora del Instituto de Filosofía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- José Antonio Seoane, profesor de Filosofía del Derecho en la Universidad de La Coruña.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

57. *Ciudades que cuidan, también al final de la vida*
56. *La salud pública, el género y la ética*
55. *Soledad, envejecimiento y final de la vida*
54. *Sexualidad y diversidad funcional*
53. *Nuevos escenarios en salud e investigación clínica*
52. *Ética y promoción de la salud. Libertad-paternalismo*
51. *Una mirada ética en la gestión de conflictos*
50. *Pensar la maternidad*
49. *Publicidad y salud*
48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*
45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*

10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

5. *Pedagogía de la Bioética*
4. *Repensar el cuerpo*
3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

 **SESPAS**
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA