

Bioterrorismo, biodefensa, bioética

Bio-terrorism, bio-defense, bioethics

Miguel Kottow ^{1,2}

¹ Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.
Independencia 1027,
Santiago de Chile, Chile.

² Departamento de Filosofía,
Facultad de Filosofía
y Humanidades,
Universidad de Chile.
Casilla 16168, Correo 9,
Santiago de Chile, Chile.
kottow@hotmail.com
guarvie@ctcreuna.cl

Abstract *The terrorist attacks launched on September 11, 2001, ignited fear of further aggression with biological weapons, leading to a discourse and allocation of resources for both defensive and dissuasive/ offensive use in order to counteract such threats. Many such measures involved the investigation and production of biological agents, and the public health field has been called upon to participate in these strategic efforts. Participation by health programs is in moral contradiction with military tactics and should be limited to protecting the health of the purportedly threatened population, in itself a difficult task due to the numerous imponderable factors. The additional resources being made available to public health are largely conditioned on their strategic military application, leaving traditional public health care in its chronic state of insufficient funding and non-egalitarian allocation.*

Key words *Biological Weapons; Bioethics; Bioterrorism*

Resumen *A raíz de los ataques terroristas del 11 de Septiembre de 2001, ha aumentado el temor social frente a posibles agresiones con armas biológicas. Ello ha desencadenado un discurso y una movilización de recursos para el uso tanto defensivo como disuasivo y ofensivo, para contrarrestar estas amenazas. Muchas de estas medidas involucran, a su vez, la investigación y producción de elementos biológicos, y la salud pública ha sido convocada para participar en estos esfuerzos estratégicos. La participación de programas sanitarios se contradice moralmente con tácticas militares y debiera limitarse a la protección sanitaria de la población presuntamente amenazada, tarea ya difícil dados los diversos imponderables que se presentan. Los recursos adicionales que se están poniendo a disposición de salud pública van en gran medida condicionados a su aplicación estratégico-militar, dejando las tareas tradicionales de la medicina poblacional en las falencias e inequidades que crónicamente la aquejan.*

Palabras clave *Armas Biológicas; Bioética; Bioterrorismo*

Bioterrorismo, biodefensa, bioética

“Sé únicamente que hay en este mundo plagas y víctimas y que hay que negarse tanto como le sea a uno posible a estar con las plagas” (Camus, 1968:198).

Introducción

Los juicios morales en torno a conflictos bélicos y la justificación de guerras santas o de acciones que provocan daño a fin de evitar males mayores suelen ser materia de discusión ética que hasta ahora sólo excepcionalmente han comprometido directamente a la bioética. A raíz de la hecatombe del 11 de septiembre de 2001, se han sucedido una serie de reacciones políticas y académicas que obligan a revisar esta distancia entre bioética y violencia extremista. La amenaza de terrorismo por medios biológicos y las respuestas estratégico-militares que ha provocado son realidades sociales frente a las cuales la bioética no puede quedar indiferente y silenciosa.

La infestación del territorio enemigo con microorganismos patogénicos fue utilizada ya en tiempos bíblicos; el ocasional uso de armas biológicas se ha exacerbado en los conflictos bélicos del siglo XX, muchas veces sin darlo a conocer a la opinión pública. Sin embargo, el discurso político-militar frente al empleo de agentes biológicos y químicos ha sido siempre muy pudoroso, envuelto en proscripciones oficiales y en condenas morales. El uso por agentes terroristas de material biológico con potencial de masiva letalidad ha desencadenado propuestas de defensa y neutralización que comprometen explícitamente a la salud pública. Con la aparición de la medicina como agente en la lucha contra el bioterrorismo se vuelve indispensable la reflexión bioética, para lo cual previamente es preciso delimitar el modo como las sociedades amenazadas receptionan y reaccionan frente a esta dimensión de violencia anunciada.

Pánico moral y sociedad de riesgos

Pánico moral es una reacción social frente a una *“condición, episodio, persona o grupo de personas que emergen como una amenaza a los valores e intereses de la sociedad”* (Cohen, 1972: 9). Se trata de agresividades visibles, cercanas, que tradicionalmente son enfrentadas con procesos de control social – generalmente apoyados por medidas represivas solicitadas a las au-

toridades –, enfocados contra infractores morales que suelen ser localizados entre los miembros más desposeídos y marginales de la sociedad. Las situaciones de pánico moral se concentran sobre problemas presuntamente creados por minorías sociales acotadas cuyas desviaciones morales se estiman peligrosas y se buscan neutralizar. El pánico moral se constituye con cinco elementos cruciales: preocupación, hostilidad, consenso, desproporción y volatilidad (Goode & Ben-Yehuda, 1994a, 1994b). El pánico moral se genera frente a circunstancias intrasociales y se combate con mecanismos de control social. La magnitud y la duración del estado de pánico moral son variables y están sujetas a influencias por los medios de comunicación, aun cuando estas interacciones son interpretadas de muy diverso modo. Las autoridades gubernamentales pueden diagnosticar un estado de pánico sin haber sondeado adecuadamente la opinión de la ciudadanía, generando una respuesta exagerada frente a los riesgos reales y creando nuevas situaciones de incertidumbre moral (Ungar, 1998). A la luz de los recientes sucesos terroristas, puede ser de utilidad distinguir entre pánico moral, que *“convencionalmente se concentra en procesos de control ejercidos sobre fallas morales de grupos desposeídos”* (Ungar, 2001:277), y las angustias de una *“sociedad de riesgo que se constituye por un vasto número de amenazas relativamente desconocidas, detrás de las cuales se agazapan amenazas nuevas”* (Ungar, 2001:276).

El concepto de riesgo es intrínseco a la modernidad, ciertos aspectos de él habiendo contemporáneamente tomado matices y características propias que, en resumen, son: (1) causalidad compleja; (2) impredecibilidad y latencia; (3) no limitado en tiempo, espacio o clase social determinada; (4) no detectable por medios ordinarios; (5) producido por decisiones y acciones humanas (Beck, 1986). El clima social reinante en situaciones de riesgo está marcado por la inestabilidad y la imprevisibilidad, donde las estrategias de protección son difíciles de justificar y están expuestas a la crítica ciudadana. Se produce un potencial político de catástrofes que lleva a la opinión pública a culpar tanto a los generadores del riesgo como a los guardianes del orden público. Junto con desencadenar denuncias, las situaciones de riesgo producen impotencia y resignación. En tanto el pánico moral concita acuerdo de reprimir y castigar a los grupos que desestabilizan la sociedad, hay más controversia e intransigencia hacia las estrategias de reacción más apropiadas frente a los agentes causantes de riesgos. Las instituciones se alejan del sentir ciudadano

por su tendencia a responder según sus competencias y experticias, produciéndose un desencuentro entre el clima social y las decisiones gubernamentales.

El bioterrorismo genera una situación explosiva porque no es fácil de tipificar entre los daños sociales y las reacciones hasta ahora conocidas. El bioterror puede operar con células intrasociales, generando un pánico moral, pero en gran medida es un riesgo por su falta de predictibilidad y su indeterminismo. No obstante, por no ser producto de acciones humanas entendibles y por ello controlables, toma el bioterrorismo caracteres de peligro – en similitud con las catástrofes telúricas – y también de amenaza – en tanto busca imponer y modificar conductas y políticas – (Luhmann, 1991). Es importante destacar esta dificultad taxonómica del bioterrorismo, por cuanto explica la desorientación y la desproporción de medidas protectoras y defensivas.

Armas biológicas

El desarrollo de armas biológicas siempre fue motivo de controversia, por lo que se intentó justificarlas moralmente como medios efectivos de represalia y disuasión, estrictamente reservados para fines defensivos. La evolución del uso de elementos biológicos con fines bélicos es zigzageante, tanto en su evaluación estratégica con respecto a otras formas de destrucción masiva, como también en la justificación moral de su empleo como defensa, como represalia o como arma ofensiva. Hubo una gran desconfianza hacia las armas biológicas durante la 2ª guerra mundial, más por razones militares que éticas, dado el insuficiente desarrollo de arsenales biológicos eficaces, pese a un vasto despliegue de esfuerzos de producción – botulina, ántrax – y de investigación – brucelosis, tularemia, psitacosis. En el siguiente gran conflicto bélico, la guerra de Corea, hubo igualmente voces de alto rango militar que abogaron por incrementar el arsenal biológico, en desacuerdo con otras opiniones de quienes temían no haber alcanzado un nivel de eficiencia estratégicamente útil.

La desconfianza en el desarrollo técnico de armas biológicas tuvo por consecuencia una desviación del énfasis hacia la investigación y la producción de agentes químicos y en la reiterada solicitud de aumentar la provisión de armas atómicas. Desde el punto de vista militar, las armas biológicas sólo difieren de otros agentes destructores en que son de más difícil producción, y ello genera en ciertas autorida-

des la tranquilidad que el bioterrorismo tampoco cuenta con las capacidades técnicas de generar una amenaza biológica seria (Crane, 2002). Aun cuando el pensamiento militar no otorga a las armas biológicas un significado moral específico, su presencia suscita inquietudes éticas mayores que otros agentes destructivos. La estrategia bélica no hace distinción moral entre arsenales químicos, biológicos o nucleares, sino que se evalúan las armas biológicas en términos de eficiencia para el cumplimiento de objetivos militares. Uno de los asesores militares de las Fuerzas Armadas norteamericanas fue categórico al respecto: *“estimo que tenemos una sola obligación moral – y esta obligación moral consiste en desarrollar lo antes posible aquel agente que mate al enemigo del modo más rápido y económico posible”* (Crane, 2002:245).

Biodefensa

A lo largo del tiempo, bioterrorismo ha provocado una serie de agresiones destructivas y moralmente repelentes contra grupos humanos civiles. Lo que hace del bioterrorismo un detonante de pánico especialmente poderoso es la total incertidumbre sobre su aparición, la magnitud de las consecuencias, la facilidad con que pueda eludir mecanismos de defensa, y la desorientación política, técnica y militar que provoca la agresión con agentes biológicos. El bioterrorismo es concebido como una eventualidad inconmensurable e impredecible, frente a la cual se carece de una protección eficaz. El terrorismo, aunque el biológico con mayor intensidad, posee un indeterminismo incomprensible que imposibilita una reacción defensiva prudente y eficaz: *“el terrorismo no es simplemente la antítesis del sistema, es algo diferente, una otredad que no se deja integrar ni asimilar”* (Baudrillard, 2002:88).

Diferentes incertidumbres frente a daños futuros sugieren diversas estrategias de prevención. El bioterrorismo parece generar angustias sociales que tienen tanto características de pánico moral como de situaciones de riesgo. Las sociedades multiculturales albergan minorías que étnica y doctrinariamente pueden estar en sospecha – fundada o no – de colgar con los terroristas, y en ese sentido se genera un enfrentamiento con la sociedad indignada y temerosa, que concentra su pánico en condenar a estas minorías y exigir, o adoptar, mecanismos para neutralizarlas. Pero con ello la ciudadanía sólo aborda una pequeña parte del problema, ya que el bioterrorismo se

sitúa fundamentalmente extramuros, desde donde ejerce presión social, azuza los temores y suscita la sensación de indefensión que caracteriza a los grandes riesgos potenciados, como ya señalado, por elementos de peligro y de amenaza.

No es difícil alimentar grandes temores utilizando un arma biológica en forma insinuada, casi virtual, como sucedió con los sobres con esporas de ántrax aparecidos en diversas localidades. La palpable cercanía de la amenaza la hace más temible que el anuncio distante y más hipotético de un ataque atómico. Hay una desproporción entre la magnitud y la probabilidad de riesgo de un arma biológica y los miedos que este potencial evento desencadena. Crece un repudio moral que hace del bioterrorismo una amenaza más condenada que otras.

Salud pública y bioterrorismo

El temor al bioterrorismo genera decisiones y acciones que intentan reducir la probabilidad de un ataque terrorista, utilizando para ello tácticas policiales y militares, así como medidas de agresión para aniquilar a los bioterroristas, tácticas todas éstas que no están relacionados con la salud pública. *“La salud pública se ve ahora con una incumbencia adicional: neutralizar o minimizar las consecuencias de actos de bioterrorismo, una incumbencia que le es, hasta cierto punto, extraña. Implica el desarrollo de acciones policiales, agregando la criminalística a la epidemiología”* (Silva, 2001:1522).

Reconocida la incertidumbre estratégica que estos programas defensivos y ofensivos efectivamente reduzcan el riesgo de un ataque con agentes biológicos, se recurre a programas de protección para reducir la magnitud del impacto de una eventual agresión. Por tratarse de agresores biológicos, los programas de protección poblacional caen de lleno en el área de la salud pública. Las primeras decisiones sanitarias de defensa contra el bioterrorismo tomadas después del 11 de septiembre fueron dos: mejorar el espectro antibiótico contra el ántrax, visto que los programas existentes de vacunas eran inseguros y su perfeccionamiento aún muy atrasado; y, en segundo lugar, acelerar la elaboración de vacunas contra la viruela hasta poder dar cobertura a toda la población.

Con la emergencia del terrorismo masivo y la amenaza del bioterrorismo, afloró un maniqueísmo según el cual es bueno todo lo que sea efectivo en desmontar la maquinaria terrorista. Esta muy plausible distinción moral, que sin embargo no puede ser absoluta so pena de vol-

verse, a su vez, terrorífica, ha justificado el reclutamiento de la salud pública en nombre de la biodefensa.

En tiempos recientemente pasados, las grandes potencias de la Guerra Fría estimaban que la mejor defensa contra un ataque con armas biológicas consistía en almacenar un potente arsenal que permitiese a su vez un contraataque biológico. Esta estrategia de disuasión agresiva se desarrolló en EE.UU. en el terreno de las armas biológicas entre 1942 y 1967; la URSS la mantuvo hasta 1975, tres años más allá de la Convención sobre Armas Biológicas de 1972.

Junto con proclamar su renuncia al uso de armas biológicas, los EE.UU. declararon que restringirían sus esfuerzos a investigación y desarrollo con fines defensivos, más de 30 años antes que el Presidente Bush recientemente propiciara una estrategia muy similar. Detrás de esta declarada moratoria no ha habido una intención seria de abandonar las armas biológicas, como lo sugiere el hecho que, en el año 2001, los EE.UU. retiraron su apoyo a las propuestas elaboradas para dar mayor efectividad a la Convención sobre Armas Biológicas, argumentando que un control más riguroso arriesgaba develar los planes de biodefensa del país y los secretos de la industria farmacéutica (Melson, 2001). Estos planes de biodefensa incluyen recrear bombas biológicas similares a las desarrolladas por la URSS, construcción de un centro de simulación de armas biológicas, y el desarrollo de una cepa de ántrax contra la cual las vacunas existentes son ineficaces (Miller et al., 2001, *apud* Meselson, 2001). Obviamente, se trata de estrategias de defensa, pero también de armas ofensivas en las cuales a la salud pública no le corresponde participar.

Como reacción política inmediata al ataque del 11 de septiembre, el Congreso de los EE.UU. debió debatir la proposición de asignar 11 mil millones de dólares para combatir el bioterrorismo, más de la mitad de los cuales – 5,9 mil millones – se destinan a mejorar, según cita periodística, el *“sistema de salud pública de la nación lo cual ayudará a defenderse contra el uso deliberado de enfermedades como un arma”* (Miller, 2002:A4). Este presupuesto incluye vacunas, antibióticos e infraestructura estratégicamente diseñada para la defensa biológica; contempla además un fuerte aumento de recursos para los NIH (*National Institutes of Health*), expresamente destinados a investigar en torno al bioterrorismo, y 1,6 mil millones de dólares para *“sistemas locales y estatales que han sufrido años de presupuestos bajos”* (Miller, 2002:A4). En otras palabras, el grueso del aumento presupuestario solicitado irá a investi-

gación, a defensa y al desarrollo de armamentos relacionados específicamente con bioterrorismo, y sólo algo menos de la cuarta parte de los recursos solicitados para protección sanitaria contra el terrorismo beneficiará a las áreas reconocidamente postergadas de la salud pública de la población norteamericana. Las falencias e inequidades sociales de los programas de vacunación han sido motivo repetido de críticas sin obtener una respuesta eficaz. Estos problemas sanitarios están en riesgo de perpetuarse si el apoyo financiero a la salud pública se desvía hacia estrategias bélicas contra el bioterrorismo.

El aumento de recursos para salud pública, acompañado de una expansión de sus objetivos hacia la interacción militar, es una empresa éticamente sospechosa, tanto más si al mismo tiempo se reconoce que la medicina social es un área falente que ahora recibirá mayor atención presupuestaria pero destinada sólo minoritariamente a cubrir sus necesidades sanitarias crónicamente insatisfechas. La estrategia militar pone recursos a disposición de la salud pública, pero los condiciona a la exigencia que se destine a fines biológico-militares antes que sanitarios.

Se producen contradicciones entre fines bélicos y fines sanitarios. Las decisiones en torno a una guerra biológica han sido inevitablemente secretas y se conocen sólo muchos años después, cuando los documentos confidenciales son develados. En la actualidad necesariamente se están estudiando y realizando programas cooperativos entre expertos en salud pública y estrategias militares que se mantienen en secreto por razones de seguridad. Hay aquí una contradicción con todo programa de salud pública, cuyo buen resultado y solvencia moral dependen de una amplia y oportuna información a la ciudadanía. Una salud pública secreta es presentada como una necesidad militar, pero distorsiona el espíritu y la razón de ser de esta disciplina.

En ausencia de la voluntad explícita y directamente expresada por la ciudadanía, esta enorme infusión de recursos para fines estratégicos parece poco prudente dada la ausencia crónica de fondos para una política sanitaria robusta y una justicia sanitaria operativa y acorde con las necesidades de los individuos. Desde la perspectiva del cuidado sanitario de la población es intranquilizante que los recursos destinados a salud pública, siempre exigüos y muy por debajo de las necesidades poblacionales, sean conquistables para enfrentar la amenaza indeterminable y potencial del bioterrorismo, cuando requerimientos de desnutrición, infraestruc-

tura sanitaria, desprotección frente a endemias, carencia de atención médica y falencia de los servicios médicos existentes han todos sido incapaces de estimular compromisos presupuestarios siquiera cercanos a los ahora propuestos.

La eficacia de estos programas obliga a meditar acaso la salud pública es una disciplina adecuada y eficaz para luchar contra una hipotética agresión bioterrorista. Y si no lo es, acaso se justifica desproteger áreas de salud pública en reconocida falencia de recursos y destinarlos a financiar programas de defensa de dudosa incumbencia sanitaria y de incierta eficacia táctica.

Más allá de estas distorsiones en la asignación de recursos, la salud pública es convocada a emprender acciones sanitarias que no cumplen con los requisitos éticos exigibles a programas realizados en el área sanitaria pública. Reconociendo que la función básica de la salud pública, aun cuando no sea la única, es la protección sanitaria de la población, cabe preguntarse si este postulado ético puede ser cumplido frente al bioterrorismo.

El presupuesto sanitario propuesto por el gobierno de los EE.UU. está inmerso en uno muchísimo más amplio que contempla gastos en armamentos, informática, incremento de la seguridad limítrofe y sofisticación de la respuesta a emergencias. La sugerencia de cooperación entre salud pública y otras prácticas públicas dedicadas a defensa, como la criminalística, parece transformarse en una realidad. Es ésta una conjunción poco saludable, por cuanto introduce elementos extraños y violentos en la medicina pública, al mismo tiempo que la convierte en servidora de intereses no sanitarios. Aun cuando se pueden encontrar argumentos válidos para una ocasional cooperación de este tipo, tiene el alto riesgo de convertir a la salud pública en un instrumento ajeno a la medicina y, como ha sucedido en el pasado, discordante también con la ética y con el bien común. Es de recordar que en diversos momentos históricos la salud pública ha debido servir intereses políticos desde los tiempos en que el cameralismo alemán creara, en el siglo XVIII, la policía médica – *medizinische Polizei* –, cuyas funciones sanitarias eran excedidas por sus intenciones de disciplinar a la ciudadanía (Deppe & Regus, 1975). Por mucho tiempo, la medicina preventiva provino de un interés del Estado por proteger a sus ciudadanos productivos y sanos mediante la segregación de quienes sufrían enfermedades contagiosas, como lepra y plaga. La ética de la salud pública requiere evitar que estas colusiones con fines políticos, ideológicos y militares se repitan.

Alcances bioéticos

La reflexión bioética se ha concentrado, desde sus comienzos, casi exclusivamente en la práctica médica clínica y, dentro de este ámbito, en la relación interpersonal entre profesionales sanitarios y pacientes. Sólo muy ocasionalmente se ha entendido que la salud pública es una actividad sanitaria que también requiere reflexión ética, y que la bioética debe adaptar sus conceptos y categorías para incluir los procesos de salud colectiva. Solamente ha habido cierto interés en el área de la justicia sanitaria y en la discusión sobre derechos a atención médica, pero las acciones y programas de salud pública han carecido de la intensa preocupación ética concedida a la medicina individual (Skrabanek, 1990).

Las campañas de salud pública diseñadas para pesquisar precozmente enfermedades como el cáncer, establecen ciertas normas éticas que son extrapolables a una eventual biodefensa contra el terrorismo: (1) responsabilidad de los agentes; (2) efectividad de las medidas propuestas; (3) seguridad de que no habrá efectos negativos desproporcionados; (4) evaluación de calidad, resultados, consecuencias psicológicas y satisfacción usuaria de los participantes; (5) comunicación, y (6) participación decisional de los participantes (Gutzwiller & Jeaneret, 1999).

También se ha postulado que el principio de protección sería un elemento infaltable en las acciones de salud pública, y que este principio se puede desglosar en 5 aspectos: (1) ser de utilidad para solucionar un problema sanitario real; (2) fundamentar su utilidad benéfica en evidencias sólidas; (3) ser la más eficaz y eficiente alternativa disponible; (4) delimitar posibles efectos negativos y cuidar que su distribución sea aleatoria; (5) legítimamente restringir la autonomía individual e imponer la obligatoriedad de participación en pro del bien común (Hall, 1992; Schramm y Kottow, 2001).

La participación de la salud pública en programas de biodefensa requiere que se limite a metas estrictamente protectoras y que no involucre compromiso en el desarrollo de métodos de agresión biológica (Haines et al., 1983). Esta participación debe respetar los requerimientos bioéticos que están siendo elaborados para acciones sanitarias colectivas. Las incertidumbres en torno a un eventual ataque bioterrorista comienzan por la incógnita probabilística que ocurra o siquiera pueda ocurrir. Desconoce, además, cuál pueda ser el agente biológico a utilizar, sus características de virulencia, la vía de introducción al entorno y al orga-

nismo humano, la eficacia de programas de inmunización, el daño biológico que provoque. Este alto grado de indeterminismo limita severamente la eficacia de las medidas sanitarias, haciendo difícil justificar la asignación de cuantiosos recursos y la tolerancia de efectos negativos. La conducta sanitaria frente a situaciones catastróficas está por lo general plagada de incógnitas ético-médicas relacionadas con triage en insuficiencia de recursos, disponibilidad de medidas paliativas para los afectados irrecuperables, indicaciones de medicina crítica, etc. Las medidas preventivas que se tomen serán consecuentemente difíciles de planificar, deberán justificar los riesgos que se incurran, y no podrán anticipar su eficacia y su eficiencia. En situaciones de incertidumbre y eficacia imponderable, toda acción sanitaria pública pierde la legitimidad de ser obligatoria y de restringir la autonomía de los individuos, con lo cual perversamente aumenta aún más su ineficacia.

Los requerimientos morales que deben respetar los programas de salud social sientan exigencias éticas difíciles de cumplir si la salud pública se integra en una campaña defensiva contra el bioterrorismo donde actuaría con incógnitas que distorsionarían toda evaluación, y estaría enmarcada en estrategias militares que, por definición, impiden la comunicación y la participación decisional de la ciudadanía.

Conclusiones

El desplome violento de las torres gemelas de Nueva York constituyó un rudo golpe a la tranquilidad ciudadana y a los equilibrios políticos. Produjo, o debiera haber producido, una reflexión a fondo, valórica y cultural. Apareció, entre otras manifestaciones psicosociales, el pánico moral y una agudizada sensación de temor y desasosiego frente al bioterrorismo. Cuánto de esto es auténtico miedo y cuánto es exageración dirigida con fines políticos o por influencia de los medios, queda en la incógnita. Ciertamente, quisiéramos vivir en un mundo libre de todo terrorismo, incluyendo su variante biológica, pero es preciso analizar con prudencia cómo se puede alcanzar esta meta. La incorporación de la salud pública a la lucha contra el terrorismo tiene costos sumamente altos: dreña recursos médicos desde áreas ya desprotegidas, genera un activismo sanitario desorientado, amenaza introducir medidas preventivas de eficiencia dudosa, crea riesgos insospechados y posiblemente discordes con la calidad de vida de la ciudadanía, desvía esfuerzos y recursos de salud colectiva y, finalmente, arriesga

producir colusiones disciplinarias con objetivos políticos y militares, que en el pasado han sido nefastas.

El bioterrorismo es la peste desencadenada por un destructivo acto de voluntad, frente al cual cabe preguntar si la actitud moralmente más respetable sea la represalia violenta mediante complejas pero dudosamente eficaces estrategias de contraataque. Aun si la respuesta fuese afirmativa, la participación de la salud pública en estas tácticas bélicas le provocará un quiebre ético en la medida que sirva a inte-

reses cívicos, legítimos o no, pero que están fuera del área de competencia y de responsabilidad moral de la medicina poblacional.

“Pero sabía que, sin embargo, esta crónica no puede ser el relato de la victoria definitiva. No puede ser más que el testimonio de lo que fue necesario hacer y que sin duda deberían seguir haciendo contra el terror y su arma infatigable, a pesar de sus desgarramientos personales, todos los hombres que, no pudiendo ser santos, se niegan a admitir las plagas y se esfuerzan, no obstante, en ser médicos” (Camus, 1968:340).

Referencias

- BAUDRILLARD, J., 2002. *Der Geist des Terrorismus*. Vienna: Passagen Verlag.
- BECK, U., 1986. *Risikogesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- CAMUS, A., 1968. *La Peste*. 11ª Ed. Buenos Aires: Editorial Sur.
- COHEN, S., 1972. *Folks Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and the Rockers*. London: MacGibbon & Gee.
- CRANE, C. C., 2002. No practical capabilities. *Perspectives in Biology and Medicine*, 45:241-249.
- DEPPE, H.-U. & REGUS, M., 1975. *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte*. Frankfurt: Suhrkamp.
- GOODE, E. & BEN-YEHUDA, N., 1994a. *The Social Construction of Deviance*. Cambridge: Blackwell.
- GOODE, E. & BEN-YEHUDA, N., 1994b. Moral panic: Culture, politics and social construction. *Annual Review of Sociology*, 20:149-171.
- GUTZWILLER, F. & JEANERET, O., 1999. *Sozial und Präventivmedizin*. Bern: H. Huber.
- HAINES, A.; WHITE, C. & GLEISNER, J., 1983. Nuclear weapons and medicine: Some ethical dilemmas. *Journal of Medical Ethics*, 9:200-206.
- HALL, S. A., 1992. Should public health respect autonomy? *Journal of Medical Ethics*, 18:197-201.
- LUHMANN, N. 1991. *Soziologie des Risikos*. Berlin: de Gruyter.
- MESELSON, M., 2001. Bioterror: What can be done?. *New York Review of Books*, 48:38-41.
- MILLER, J., 2002. George W. Bush pide más fondos para biodefensa. *El Mercurio*, Santiago, 5 feb., p. A4.
- SCHRAMM, F. R. & KOTTOW, M., 2001. Principios en salud pública: Limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:949-956.
- SILVA, L. J., 2001. Guerra biológica, bioterrorismo e saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 1505-1518.
- SKRABANEK, P., 1990. Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? *Journal of Medical Ethics*, 16:187-190.
- UNGAR, S., 1998. Hot Crises and media reassurance: A comparison of emerging diseases and Ebola Zaire. *British Journal of Sociology*, 49:36-56.
- UNGAR, S., 2001. Moral panic versus the risk society: The implications of the changing sites of social anxiety. *British Journal of Sociology*, 52:271-291.

Recibido el 26 de febrero de 2002

Versión final presentada el 9 de agosto de 2002

Aprobado el 14 de octubre de 2002