

Reflexiones acerca de los derechos colectivos versus individuales frente a las enfermedades contagiosas

Maria Clara Padoveze¹, Núbia Virginia D'Avila Limeira de Araujo¹

¹ Universidad de São Paulo, Escuela de Enfermería, Departamento de Enfermería en Salud Colectiva, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: padoveze@usp.br

Como citar este artículo:

Padoveze MC, Araujo NVDAL. Reflections on collective versus individual rights related to communicable diseases. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03220. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017000003220>

La publicación, el 19 de enero de 2017, de la nueva norma establecida por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos de América del Norte (EUA), desde su concepción, reactivó antiguas controversias acerca de los derechos colectivos versus los individuales. Esto es porque la norma propone una nueva legislación en lo atinente al manejo de enfermedades contagiosas en el ámbito de la protección de la salud pública, incluyendo, entre otras medidas, la determinación referente a la cuarentena de individuos sospechados de contagio. La norma amplía los poderes de CDC, a partir del 21 de febrero de 2017, a la custodia temporaria de individuos sospechados de necesitar indicación de cuarentena, en condiciones que pueden ser instituidas a partir de síntomas más genéricos, tales como la fiebre alta, por ejemplo⁽¹⁾.

Según la definición del CDC, la *cuarentena* “separa y restringe los movimientos de personas que están expuestas a enfermedades contagiosas para verificar si se convierten en afectadas”; el *aislamiento* “separa a las personas con una enfermedad contagiosa de aquellas que no están enfermas”⁽²⁾. El uso de prácticas, tanto de aislamiento como de cuarentena, está reconocido mundialmente como evidencia científica de eficacia para la prevención de la diseminación de determinadas enfermedades transmitidas por el contacto directo de persona a persona⁽³⁾. No obstante, la controversia respecto de las condiciones de su aplicación y sus indicaciones constituye una de las cuestiones más emblemáticas del conflicto entre derechos individuales y colectivos en lo atinente al control de epidemias.

La cuarentena está dirigida a personas que aún no se presentan como clínicamente enfermas, lo cual ocasiona dificultades en el establecimiento de criterios precisos para su indicación. La implementación de la cuarentena cuando es pertinente puede constituir una herramienta de protección de la salud colectiva. Sin embargo, cuando no es pertinente, puede generar efectos maléficis, entre ellos, alejamiento del contacto social, estigma, impedimento de la productividad y el consumo de bienes y servicios en el trabajador, generando así impactos sociales y económicos. Además de ello, el uso inadecuado de la cuarentena puede generar sensación de inseguridad en la sociedad, por la alarma innecesaria; sentimiento de invasión de la privacidad y avasallamiento de derechos.

Se destacan, en este contexto, las lecciones aprendidas después de las epidemias de influenza, la enfermedad del virus Ébola y los recientes brotes de Síndrome Respiratorio Agudo del Oriente Medio, causado por el coronavirus (Middle East Respiratory Syndrome – MERS-Cov). Dichos episodios fortalecieron la necesidad de mejoras en la capacidad de rápida respuesta de todas las naciones ante la ocurrencia de epidemias⁽⁴⁾, pero también acentuaron la polémica acerca de la aplicación de la cuarentena y otras medidas restrictivas frente a tales situaciones⁽⁵⁻⁷⁾.

Inclusive antes de la edición de la legislación propuesta por el CDC, el advenimiento de la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) sucedido en 2005 influyó en volver a abordar tales discusiones. El surgimiento y el resurgimiento de enfermedades y el aumento del riesgo de propagación ante la creciente circulación de personas y bienes por el mundo impulsaron la revisión del RSI, iniciada en 1995 y sólo finalizada 10 años después, en la quincuagésimo octava asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en 2005, que habría de entrar en vigor a partir de junio de 2007⁽³⁾.

Lo que se vislumbra es el desarrollo de acciones orquestadas por parte de los países involucrados, de repercusión internacional y de importancia para la salud colectiva, con la intención de intervenir en la propagación de dolencias (como por ejemplo, además de las medidas clásicas de prevención, la rápida fabricación de vacunas y de exámenes específicos). Existe también el compromiso de los países firmantes de esta cooperación para la plena adopción del RSI, lo que está siendo monitoreado por la Organización Mundial de la Salud⁽⁸⁾. No obstante, en virtud de su soberanía, los países pueden adoptar diferentes posturas respecto de la implementación del RSI, adecuando instrumentos y legislaciones nacionales, en tanto sean respetados sus acuerdos internacionales. En el caso de los EUA, el CDC, a través de su autoridad para promulgar normativas referentes a la salud pública, derivó la propuesta ahora en vigencia, teniendo como marco de referencia la epidemiología de determinadas afecciones.

Durante la fase de consulta pública de esta nueva norma, el CDC recibió manifestaciones que evidenciaron las controversias, entre las cuales se destaca el conflicto entre el derecho colectivo y el individual. También fueron manifestadas las preocupaciones respecto del proceso de la aplicación de la cuarentena en sí, lo cual incluyó cuestionamientos relativos a los criterios técnicos para su indicación. Estos cuestionamientos, las revisiones del documento y sus justificaciones están disponibles integralmente en la versión final de la norma publicada⁽¹⁾.

Sin embargo, lo que se destaca aquí es que, si por una parte, la minimización del riesgo de dispersión de afecciones importantes para la salud constituye preeminencia internacional históricamente demostrada, por la otra parte, los presupuestos de los derechos humanos universalmente aceptados no pueden ser ignorados, y el equilibrio entre ambas posturas es un desafío contemporáneo de inmensa importancia. Este conflicto se mantiene irresuelto: ¿Tiene derecho el Estado a confinar individuos en pro de la salud colectiva? Para preservar sus derechos individuales, ¿puede el individuo exponer al prójimo al riesgo de contagio? Este es un campo en el cual los derechos humanos y el derecho sanitario han buscado fundamentaciones. La adopción de medidas orientadas al control sanitario que impliquen restricción de libertades se ha constituido, desde hace mucho tiempo, en una cuestión compleja, en razón de los aspectos involucrados, que no se limitan al carácter técnico, sino también político, social y económico, toda vez que impactan en el estado de salud de las poblaciones⁽⁹⁾. Consecuentemente, resulta imperativo defender el diálogo entre formuladores de políticas, sociedad y profesionales.

El proceso histórico de manejo y prevención de las enfermedades contagiosas, particularmente de aquellas con propensión a producir epidemias y pandemias, evidenció que la propagación no respeta barreras políticas y geográficas de municipios, estados y países. En función de ese contexto, es improbable que cualquier país pueda, de manera aislada, tomar medidas que puedan considerarse como plenamente protectoras, pues la dinámica contemporánea, con el constante flujo de bienes y de personas, repercute en la ruptura natural de burbujas de protección. Siendo así, la tendencia global indica como solución la cooperación entre los pueblos y la necesidad de consensos basados en evidencias científicas y en el respeto de los principios de una convivencia social ética.

La contribución de la sociedad en este debate es fundamental, para que pueda avanzarse en el enfrentamiento de los problemas y las situaciones de salud. Los movimientos sociales de la salud y el control social de los colegiados, experimentados en el pasado con mayor intensidad, o bien nuevos mecanismos de participación social, son esenciales para la crítica del tema en cuestión⁽¹⁰⁾.

Los profesionales de salud son los primeros en resultar afectados por las emergencias de salud pública. Están en la primera línea del cuidado, teniendo a su cargo el proceso de toma de decisiones bajo condiciones de estrés físico y presión social. Además de ello, son desproporcionadamente más afectados por ciertas enfermedades epidémicas, por su condición de trabajo en relación a la población en general. Por tal razón, es esencial que estos profesionales comprendan el referencial ético, legal y de salud pública que da base a su autonomía relativa a la indicación de cuarentena y de aislamiento de individuos.

Los enfermeros son profesionales históricamente comprometidos con la minimización de la vulnerabilidad a las enfermedades contagiosas. Desde sus inicios, la enfermería ha estado profundamente involucrada en las cuestiones de atención directa, prevención de transmisión de enfermedades y formulación de políticas públicas⁽¹¹⁾.

En la práctica, es necesario el compromiso con la excelencia técnica, combinada con la protección de los derechos humanos. Más allá de eso, y especialmente en este momento, resulta necesario que los enfermeros actúen en la formulación y ejecución de las políticas públicas, en defensa de individuos y familias, apuntando a alcanzar un equilibrio entre los derechos colectivos y los individuales. Esta participación es posible a través de la movilización política y de la defensa intransigente de la

comunicación pública transparente en todas las instancias de la construcción de políticas, y también a través de la elaboración de investigaciones que contribuyan a la producción de evidencias científicas que respalden la toma de decisiones en salud.

REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention; Department of Health and Human Services, Control of Communicable Diseases. 42 CFR Parts 70 and 71. Federal Register 2017; Ene 19;82(12):6890-978. [CDC Docket No. DC-2016-0068]. RIN 0920-AA63.
2. Centers for Diseases Control and Prevention. Quarantine and isolation [Internet]. Atlanta: CDC; 2017 [cited 2017 Feb 01]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/quarantine/>
3. World Health Organization. International Health Regulation (2005) [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2017 Feb 01]. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>
4. WHO Ebola Response Team, Agua-Agum J, Allegranzi B, Ariyarah A, Aylward R, Blake IM, Barboza P, et al. After Ebola in West Africa: unpredictable risks, preventable epidemics. *N Engl J Med*. 2016;375(6):587-96.
5. Webb A. Quarantine, isolation, and health care workers. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2015 Dec;21(6 Neuroinfectious Disease):1745-50.
6. Smith MJ, Bensimon CM, Perez DF, Sahni SS, Upshur RE. Restrictive measures in an influenza pandemic: a qualitative study of public perspectives. *Can J Public Health*. 2012;103(5):e348-52.
7. Upshur RE. Evidence and ethics in public health: the experience of SARS in Canada. *N S W Public Health Bull*. 2012;23(5-6):108-10.
8. World Health Organization. Checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2017 Feb 01]. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/checklist/en/>
9. Barradas RB. Ética e epidemiologia. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2005;12(3):735-53.
10. Silva CV, Silva DFL, Souza EM. A participação da sociedade civil na democratização do Setor de Saúde no Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(2):254-9.
11. Gill CJ, Gill G. Nightingale in Scutari: her legacy reexamined. *Clin Infect Dis*. 2005; 40(12):1799-805.