

Reclaiming comprehensive public health

Rene Loewenson ¹, Kirsten Accoe ², Nitin Bajpai,³ Kent Buse ⁴, Thilagawathi Abi Deivanayagam,⁵ Leslie London,⁶ Claudio A Méndez ⁷, Tolib Mirzoev ⁸, Erica Nelson ⁹, Ateeb Ahmad Parray ¹⁰, Ari Probandari,¹¹ Eric Sarriot ¹², Moses Tetui ¹³, André Janse van Rensburg¹⁴

To cite: Loewenson R, Accoe K, Bajpai N, *et al.* Reclaiming comprehensive public health. *BMJ Global Health* 2020;5:e003886. doi:10.1136/bmjgh-2020-003886

Handling editor Seye Abimbola

Received 3 September 2020
Accepted 8 September 2020

INTRODUCTION: DIFFERENT PUBLIC HEALTH APPROACHES IN THE RESPONSE TO COVID-19

Over the past 6 months, we have witnessed diversity in the spread and severity of the COVID-19 and in the nature and timing of responses to it in different countries and contexts.¹ Acute emergencies often mobilise a short spurt of attention and resources. COVID-19 is, however, a protracted pandemic that spreads through and exacerbates socioeconomic inequalities and stresses health and democratic systems in a way that calls for sustained responses from local to global levels.

The ways that different governments have responded to COVID-19 highlight the long-standing tensions between different frameworks and approaches to public health. Broadly characterised, one approach views people as rights holders who should actively be engaged in proactive interventions that address the social determinants of health, in a way that is respectful of rights and of collective human security. In contrast, the second approach sees people as the objects of reactive technical, biomedical ‘command-and-control’ interventions, with biosecurity measures to protect populations against harmful pathogens rapidly implemented alongside authoritarian and militarised approaches when epidemics are seen to threaten socioeconomic and political interests and security. Both approaches integrate knowledge and technology, but do so in different ways and to different ends. While these two frameworks have coexisted, contested and been applied, sometimes together, for over two centuries, COVID-19 has exacerbated the tension between them. This has longer term implications for how public health is understood and health challenges effectively addressed.

In this piece, we highlight deficiencies and harms of a dominant biosecurity, authoritarian framing of public health. We argue for

Summary box

- ▶ Global and national responses to the COVID-19 pandemic highlight a long-standing tension between biosecurity-focused, authoritarian and sometimes militarised approaches to public health and, in contrast, comprehensive, social determinants, participatory and rights-based approaches.
- ▶ Notwithstanding principles that may limit rights in the interests of public health and the role of central measures in some circumstances, effective public health in a protracted pandemic like COVID-19 requires cooperation, communication, participatory decision-making and action that safeguards the Siracusa principles, respect for people’s dignity and local-level realities and capacities.
- ▶ Yet there is mounting evidence of a dominant response to COVID-19 where decisions are being made and enforced in an overcentralised, non-transparent, top-down manner, often involving military coercion and abuse in communities, even while evidence shows the long-term harm to public health and human rights.
- ▶ In contrast, experiences of comprehensive, equity-focused, participatory public health approaches, which use diverse sources of knowledge, disciplines and capabilities, show the type of public health approach that will be more effective to meet the 21st century challenges of pandemics, climate, food and energy crises, growing social inequality, conflict and other threats to health.

a comprehensive, participatory, inclusive public health approach that integrates rights, social dimensions and diverse sources of knowledge, evidence and innovation and that maintains equity as a critical goal.

The precautionary principle and limitations of individual rights in the interests of public health and safety are well-established norms that go beyond public health and are included in constitutions and laws. When the risk is high and effective population measures exist, such as vaccination or water



© Author(s) (or their employer(s)) 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to
Dr Rene Loewenson;
rene@tarsc.org

treatment, decisions may be made centrally to ensure the most widespread protection of the population, especially when no equally effective alternatives can achieve the same population benefits. Central-level measures may be implemented to invest in technologies, guide and support local capacities or to ensure universal coverage. An acute emergency or rapidly unfolding pandemic can provoke demand for centrally driven prompt and wide-reaching action. However, the COVID-19 pandemic presents a complex case, where the intended and unintended impacts of measures implemented at different levels are still emerging.

This protracted pandemic requires cooperation and effective communication between national and local levels, including communities, implemented in a way that safeguards respect for people's dignity, supports local-level capacities and engages with people's languages, cultures, knowledge and realities.^{1 2} Decisions made in public health require evidence from a range of disciplines and sciences, as well as from experiences and perspectives from all levels, with communication on how trade-offs were decided. Effective responses and simplified guidance cannot be imported from one setting to another without adapting them to diverse contexts in ways that are participatory, transparent and generate trust in authorities from implementers and communities.³ While the public health response is not independent of the broader sociopolitical context, its framing and implementation can, however, redress inequities and reinforce social empowerment, cohesion, solidarity and human security.³ As consistently articulated by the United Nations (UN) and its agencies,¹ collectively, we are only as free of risk as the most vulnerable in society. If public health practice reflects and does not confront underlying power imbalances and inequalities that generate risk and vulnerability, we will *all* be insecure. As a global pandemic, COVID-19 thus also requires cooperation, communication and solidarity across countries and international organisations as envisaged in the 2005 International Health Regulations (IHR), the Sustainable Development Goals and the 1978 and 2018 Declarations on Primary Health Care.⁴

How will we judge the public health response to COVID-19? Was it rights driven, participatory, equitable, compassionate and based on solidarity? Were diverse forms of evidence and experience encouraged, made available and transparently considered? Was the political, values-based ethical nature of decisions and interventions recognised? Were open dialogue, self-reflection, information sharing and active citizenship encouraged?

EVIDENCE OF HARMS IN AN AUTHORITARIAN BIOSECURITY RESPONSE

As the pandemic unfolds, hindsight will provide more answers to these questions. Yet in a rapidly accelerating COVID-19 pandemic, there is already mounting evidence of decisions having been made in a centralised, hectic,

top-down manner, constraining local choice even while demanding local flexibility and assuming responsiveness of communities and health systems.¹ While regional reports suggest that stringent responses early in the pandemic were associated with a lower ensuing COVID-19 prevalence in some countries,⁵ longer term lockdowns, bans and quarantines raise challenges for already vulnerable groups in a range of countries and settings, with an accumulating health debt from loss of income, food insecurity, solitude and dying alone, mental health problems and discontinuity of preventive, promotive and curative care for other health conditions.¹ This is particularly so when measures are prolonged, neglect lived realities, disproportionately target disadvantaged communities and do not provide adequate social protection.

Of significant, immediate concern is the militarisation and use of 'war narratives' that compare COVID-19 with a battle and relate the pandemic to being at war, referring to 'the enemy', with calls to 'save the economy' and essential workers labelled 'frontline warriors'.⁶ Military capabilities can contribute in mobilising logistics and infrastructure. However, in many countries globally, state security forces and not public health workers or local law enforcement personnel have been deployed to communities to contain the spread of COVID-19.^{1 6-8} Military personnel deployed in communities respond to non-compliance with force, notwithstanding the difficulties that many, including migrant workers, street vendors, homeless people and others have with imposed measures.^{1 8 9} From diverse regions globally, there have been multiple reports of abuse by police or military power for curfew or lockdown violations, in terms of mass forced evictions, arrests, killing and deaths in custody.^{1 7} For instance, South Africa recorded 230 000 arrests and 11 deaths by security forces between March and April during its lockdown,⁷ and in recent months UN agencies report hundreds of thousands of people arrested for COVID-19 in a range of countries globally.¹

Such militarised responses to COVID-19 are underpinned by a biosecurity-focused and authoritarian approach, with drastic and speedy impositions often carried out by security apparatuses that do not inform the public in a timely and transparent manner. This is comparable to the actions that governments take during wartime, ignoring the crucial role that an informed public can play in securing effective responses to public health threats. COVID-19 was declared a national emergency in many countries, following WHO's naming COVID-19 as a Public Health Emergency of International Concern, as defined in the 2005 IHR. However, this has then been used to apply wide-ranging emergency laws and centralised executive power over local devolved action in different high, middle and low-income settings.⁹ Such actions have often been made without clear, relevant public information on the scientific justification or exit strategy, often without engaging local residents or their representatives and without consideration of the feasibility of measures, such as in demanding physical distancing in overcrowded

slums.² Private companies and governments have introduced the monitoring of people's movements through satellite and mobile telephone platforms in many parts of the world, often using emergency powers to limit privacy and other rights.¹⁰ Such practices raise concern over how temporary, necessary and proportionate this surveillance is and of how the pandemic is being used to advance radical changes in how we interact with digital health technologies without considering the future implications of vast amounts of health data being stored by entities that are often not under public control.¹⁰

Military responses in global health signal the deeper legacy of both colonialism and coercive medicine, added to in recent decades by a perception in security agencies that epidemics pose a threat to economic interests and political stability.¹¹ HIV and Ebola were both identified by the UN as threats to peace and security, and militaries deployed in communities in the 2014 Ebola outbreak in West Africa.¹¹ A militarised biosecurity response is thus not unique to COVID-19. However, side-lining the expertise of health ministries, public health personnel and communities by locating the management of COVID-19 in centralised security sectors with weak public health experience fundamentally changes the nature of the response.⁸ It can divert resources to defence sectors or reactive, coercive and fear-promoting responses and away from the complex adaptive systems needed for effective and sustained public health interventions like test, trace and protect.⁸ The military response to the 2014–2016 Ebola epidemic in West Africa is estimated to have cost three times the amount that would have been needed to set up a well-functioning health system infrastructure.¹¹

Militarised, overcentralised, biosecurity approaches undermine social cohesion and solidarity, encourage scapegoating and expand a pejorative discourse on migrants, refugees, minorities and others as 'threats' in the spread of the pandemic, enabling discrimination.¹² This approach can reinforce a recent far-right, authoritarian and nationalist tendency in politics, associated with polarisation, populism and racism, playing out in different ways in different regions.¹³ Organising public health responses in this way can foment discrimination, even unwittingly, and undermine long-term social trust in the field.

In demanding obedience to command, rather than solidarity and informed action, and using criminal law to enforce behaviour change, these measures disempower and alienate communities from their central role in COVID-19 containment, paradoxically weakening adherence to behavioural measures.¹ Technical biosecurity responses and incorrect learning from failures—including not learning from previous epidemics—risk undermining the values, rights and knowledge that effective public health depends on. Not listening to communities and front-line workers can lead to unworkable harsher restrictions on certain groups that contribute to widening inequality. For example, stay-home curfews deprive informal workers of livelihoods, while only higher income groups can take advantage of remote working

or home schooling. Imposed measures and unclear, delayed and conflicting information build fear, anger, mistrust and mental health concerns and can drive social behaviours underground, making effective responses more difficult.¹⁸ Ignoring realities on the ground generates a growing health debt, as people with other conditions do not seek or get adequate care. Such responses potentially harm the relationship between communities and the state that contribute to public health, and exacerbate determinants of poor health, such as increased gender violence during lockdowns, prolonged exclusion of schooling, affecting mostly lower income children, and food and income insecurity.¹⁴ These consequences can undermine support for effective measures and can be highly counterproductive to containing a pandemic or its longer term health impacts.

Oversimplifying, scapegoating and restructuring public health responses have also shifted funds and institutional authority to large private, corporate actors and public health to national biosecurity institutions.^{15 16} Reorganising national public health bodies and selectively dismissing public health evidence without consulting experts and personnel can be wasteful, demoralising and counterproductive. While privatisation and commodification of public health systems are not new, the pandemic has provided an opportunity to intensify it in some settings, in contrast to approaches that coordinate private sector action under public sector leadership. Justifying these changes as necessary during an emergency places a smokescreen over the manner in which longer term austerity and privatisation may themselves undermine the opportunity for an effective public health response.¹⁶ Ignoring reminders from the WHO that the pandemic risk remains until all are protected, a sense of threat and self-protection has led to the inequitable stockpiling of essential health technologies and vaccine nationalism in high-income countries, undermining the international risk prevention and solidarity intended in the 2005 IHR.^{4 17} Emergency laws enabling a biosecurity approach have altered checks and balances on executives of government, enabling millions of dollars raised internationally or mobilised from public revenue to be applied without adequate parliamentary or public scrutiny, even while large sections of the population struggle to survive and face mental health crises with the loss of income under lockdowns.⁹

ADVANCING A COMPREHENSIVE PUBLIC HEALTH RESPONSE

Biosecurity is not equal to public health. 'Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society'¹⁸ (p 2). It is implemented through participation, the organised efforts and informed choices of society, state and non-state organisations. It acts on the social determinants of health and health equity from proximal to structural levels, through the organisation of policies, services and social measures to ensure and improve the conditions

and capacities for health and well-being for all. We cannot allow the response to COVID-19 to reduce public health in institutional practice and in the public mind to biosecurity alone, treating people as objects not agents, undermining knowledge, equity, rights and decades of prior work. We need to protect and advance a public health that is rooted in public interest and in the public; that is proactive, effective, participatory, principled, just, based on scientific and social evidence; that acts upstream on the social determinants of health and that builds cooperation between health, other sectors and communities and between countries globally.

Doing this starts with a different relationship with the local level and communities, as a matter of rights and justice and for public health effectiveness. Local organisation, health literacy, local leadership, ideas, innovations and action are all necessary to prevent infection and provide social protection and care. They are core for an effective public health response.^{12 17} There are many examples of affirmative community involvement in the response to COVID-19 from all regions globally.^{1 19-21} They show alternatives in social action and collaborations between communities and states that contrast with inappropriate and overcentralised biosecurity responses. As we enter the sixth month of the declaration of this pandemic, we would do better to dialogue, work with and respect the public and diverse professionals, sharing knowledge and information to understand and act on risk.

We need to protect an ethical, scientific and rights-based approach to public health, such as the UN Siracusa principles shown in [box 1](#).²²

Like all rights-based approaches, such principles come alive when known, implemented and upheld by all in a manner that builds collective power, rather than dominating power. The principles are subject to interpretation.

Box 1 The United Nations (UN) Economic and Social Council in its 1984 Siracusa principles

The UN Economic and Social Council in its 1984 Siracusa principles guide the state to exercise its powers for measures that restrict individual freedoms in a manner that:

1. Is carried out in accordance with the law.
2. Has clear public health purpose to improve or sustain public health by accomplishing essential public health services and functions, as a legitimate objective of general interest.
3. Is based on scientific evidence and not drafted or imposed arbitrarily.
4. Is strictly necessary in a democratic society to achieve the objective.
5. Is well targeted, through the least restrictive alternative, not applying to more individuals than is necessary for the public's health, and given that there are no less intrusive and restrictive means available to reach the same objective.
6. Is based on the precautionary principle.
7. Includes ongoing public health education and outreach to encourage, facilitate and promote community participation in accomplishing public health goals.
8. Is respectful of human dignity, and not discriminate unlawfully against individuals.
9. Is of a limited duration and subject to review.²²

Decisions made in the 'public good' need, therefore, to be probed for the technical knowledge, evidence, consultation and sociopolitical interests and power that inform them and the measures included for accountability and learning from action. The evidence applied needs to include the full range of systematically organised knowledge, including from implementers and from communities' lived experiences. In contrast to a self-protective response, health as a human right needs to be understood and implemented as a collective responsibility, within countries and globally.¹

'Health actors, community leaders and communities must co-construct options for COVID-19 response that are acceptable, and feasible, and foster commitment of affected communities'²¹ (p 2). In part, doing this implies proactive design of measures through decentralised governance and deeper, more nuanced engagement with local health and social service professionals, local authorities, civil society organisations and different social groups, including marginalised communities and youth. This type of engagement helps to interpret and locally adapt guidance to effectively implement key responses, including testing, tracing and protecting people; preventing and controlling outbreaks and supporting vulnerable groups. It also calls for significantly better, honest communication in appropriate messages for diverse needs, with health literacy outreach to build informed action and accountability. It calls for timely warning of outbreak control measures and of support and exit strategies. It demands explicit attention to equity, non-discrimination and to implementing public health measures in ways that build trust and combat stigma, racism and xenophobia. We do not have a blank slate on this. We have drawn learning from the response to HIV, where those affected themselves challenged silence, neglect and stigma and cocreated collaborative action; from 'bottom-up' responses to Ebola in Africa^{1 21} and from the many positive experiences in the responses emerging to COVID-19 noted earlier that provide valuable learning for public health.^{1 17 19 20}

CONCLUSION: CHOOSING A COMPREHENSIVE, PARTICIPATORY PUBLIC HEALTH APPROACH

COVID-19 will be with us for the longer term. It will not be the last pandemic. We do not need to and should not coerce, terrify, fatigue, undermine and harm public trust and public health systems in our response. We need a public health response that generates communication, understanding, learning, capabilities, civil responsibility, local innovations and global solidarity. COVID-19 has stimulated an extraordinary mobilisation of response in a short time. It provides an opportunity to learn, reflect on and build an effective form of public health to meet a 21st century that is facing multiple crises including future pandemics, climate, food, energy, precarious labour, grotesque and growing social inequality, conflict and other threats. In as much as there has been a historical trend towards centralised, authoritarian biosecurity responses, there have also been contesting movements towards a comprehensive,

social determinant, participatory and justice-driven public health, in different regions and countries and globally. Let us reclaim, support, invest in and implement this latter version of public health.

Author affiliations

- ¹Training and Research Support Centre, Harare, Zimbabwe
²Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerpen, Belgium
³Health department, Sarvodaya Gram Udyog Seva Sansthan, Noida, India
⁴The George Institute for Global Health, University of New South Wales, Newtown, New South Wales, Australia
⁵Public Health, Health Education England North West, St Helens and Knowsley Teaching Hospitals NHS Trust, Prescott, UK
⁶School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Rondebosch, Western Cape, South Africa
⁷Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile
⁸Nuffield Centre for International Health and Development, University of Leeds, Leeds, UK
⁹Department of Public Health, Environments and Society, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK
¹⁰BRAC James P Grant School of Public Health, BRAC University, Dhaka, Dhaka District, Bangladesh
¹¹Public Health, Universitas Sebelas Maret, Surakarta, Jawa Tengah, Indonesia
¹²Global Health, Save the Children Federation, Washington, DC, USA
¹³Department of Health Policy, Planning and Management, Makerere University School of Public Health, Kampala, Uganda
¹⁴Centre for Rural Health, University of KwaZulu-Natal College of Health Sciences, Durban, KwaZulu-Natal, South Africa

Twitter Tolib Mirzoev @tmirzoev and Ateeb Ahmad Parray @AteebParray

Acknowledgements The SHAPES Thematic Working Group (TWG) of Health Systems Global acted as platform for expressing interest in, and facilitating collaboration on, this piece. We acknowledge the contribution to background discussions on the issues with others in the SHAPES TWG, namely G Bloom, S Dorcoo, S Fischer, N Howard, B Kaim, J Lohman, H MacGregor, M Mamdani, B Pratt, E Paul, E Sacks, P Srinivas, S Topp, G van Heteren and C Wenham and the contribution of D Nambiar, AL Ruano, B Taderera and A Zwi in technical edits.

Contributors RL initiated a draft of key conceptual points to which all authors inputted and which was used to prepare an early draft. All authors made text input to iterative drafts and provided reference materials using shared online document editing software. RL coordinated the inputs and edited the final manuscript.

Funding The authors have not declared a specific grant for this research from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors.

Competing interests None declared.

Patient consent for publication Not required.

Provenance and peer review Not commissioned; internally peer reviewed.

Data availability statement There are no data in this work.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

ORCID iDs

Rene Loewenson <http://orcid.org/0000-0002-9928-540X>
 Kirsten Accoe <http://orcid.org/0000-0003-1153-1942>
 Kent Buse <http://orcid.org/0000-0002-5485-0110>
 Claudio A Méndez <http://orcid.org/0000-0002-9100-5944>
 Tolib Mirzoev <http://orcid.org/0000-0003-2959-9187>
 Erica Nelson <http://orcid.org/0000-0001-9161-4814>
 Ateeb Ahmad Parray <http://orcid.org/0000-0002-1653-1856>
 Eric Sarriot <http://orcid.org/0000-0002-8889-3063>
 Moses Tetui <http://orcid.org/0000-0001-6833-7601>

REFERENCES

- UNAIDS. Rights in a pandemic: Lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19, 2020. Available: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/rights-in-a-pandemic_en.pdf [Accessed 31 Aug 2020].
- Corburn J, Vlahov D, Mberu B, *et al*. Slum health: arresting COVID-19 and improving well-being in urban informal settlements. *J Urban Health* 2020;97:348–57.
- Gilson L, Doherty J, Loewenson R, *et al*. Challenging inequity through health systems, final report of the knowledge network on health systems, who Commission on the social determinants of health, 2007. Available: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf [Accessed 28 Aug 2020].
- Taylor AL, Habibi R, Burci GL, *et al*. Solidarity in the wake of COVID-19: reimagining the International health regulations. *Lancet* 2020;396:82–3.
- Blavatnik School of Government. Regional reports summarising recent changes in government responses, 2020. Available: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker> [Accessed 30 Aug 2020].
- Rohela P, Bhan A, Ravindranath D, *et al*. Must there be a “war” against coronavirus? *Indian J Med Ethics* 2020.
- Haffajee F. Ramaphosa calls 11 lockdown deaths and 230,000 arrests an act of ‘over-enthusiasm’ – really! Dly. *Maverick*, 2020. Available: <https://www.dailymaverick.co.za/article/2020-06-01-ramaphosa-calls-11-lockdown-deaths-and-230000-arrests-an-act-of-over-enthusiasm-really/> [Accessed 26 Aug 2020].
- Gibson-Fall F. Coronavirus: how to avoid military responses becoming a double edged swords, 2020. Available: <https://theconversation.com/coronavirus-how-to-avoid-military-responses-becoming-double-edged-swords-135262> [Accessed 30 Aug 2020].
- Fassin D, Lipman J. An unprecedented health crisis: Didier Fassin on the global response to the Covid pandemic, 2020. Available: <https://www.ias.edu/ideas/fassin-covid-global-response> [Accessed 27 Aug 2020].
- International A. COVID-19 surveillance and the threat to your rights, amnesty international, 2020. Available: <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/04/covid-19-surveillance-threat-to-your-rights/> [Accessed 31 Aug 2020].
- Snowden FM. *Epidemics and society: from the black death to the present*. 1 edn. London: Yale University Press, 2019. <https://news.yale.edu/2019/10/24/epidemics-and-society-black-death-present>
- Egede LE, Walker RJ, Racism S. Structural racism, social risk factors, and Covid-19 – A dangerous convergence for black Americans. *N Engl J Med* 2020;383:e77.
- Hart G. Resurgent nationalisms & populist politics in the neoliberal age. *Geogr Ann Ser B Hum Geogr* 2020.
- Dasgupta J, Schaaf M, Contractor SQ, *et al*. Axes of alienation: applying an intersectional lens on the social contract during the pandemic response to protect sexual and reproductive rights and health. *Int J Equity Health* 2020;19:130.
- Pollock A. Thanks to outsourcing, England’s test and trace system is In Chaos. *The Guardian*, 2020. Available: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/jul/31/outsourcing-england-test-trace-nhs-private> [Accessed 27 Aug 2020].
- The Health Foundation. PHE reorganisation is highly risky and justification for the change has not been fully set out, 2020. Available: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/news/phe-reorganisation-is-highly-risky-and-justification-has-not-been-fully-set-out> [Accessed 27 Aug 2020].
- Loewenson R. COVID-19 in East and southern Africa: rebuilding differently and better must start now. *MEDICC Rev* 2020;22:59.
- WHO. European action plan for strengthening public health capacities and services - resolution EUR/RC62/R5, 2012. Available: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf [Accessed 31 Aug 2020].
- Scheepers E, Lakhani I, Armstrong K. Making a community action net (work): organising in the times of COVID-19. *OpenGlobalRights*, 2020. Available: <https://www.openglobalrights.org/organising-in-the-times-of-COVID-19/> [Accessed 31 Aug 2020].
- Franco D I, Ortiz C, Samper J, *et al*. Mapping repertoires of collective action facing the COVID-19 pandemic in informal settlements in Latin American cities. *Environ Urban* 2020.
- Anoko JN, Barry BR, Boiro H, *et al*. Community engagement for successful COVID-19 pandemic response: 10 lessons from Ebola outbreak responses in Africa. *BMJ Glob Health* 2020;4:3121:e003121.
- United Nations. The Siracusa principles on the limitation and Derogation provisions in the International covenant on civil and political rights. *Hum Rights Q* 1985;7:3.

Spanish translation of *BMJ Global Health* 2020;5:e003886.doi:10.1136/bmjgh-2020-003886

Reclamando una salud pública integral

Rene Loewenson,¹ Kirsten Accoe,² Nitin Bajpai,³ Kent Buse,⁴ Thilagawathi Abi Deivanayagam,⁵ Leslie London,⁶ Claudio A Méndez,⁷ Tolib Mirzoev,⁸ Erica Nelson,⁹ Ateeb Ahmad Parray,¹⁰ Ari Probandari,¹¹ Eric Sarriot,¹² Moses Tetui,¹³ André Janse van Rensburg¹⁴

Para citar: Loewenson R, Accoe K, Bajpai N, et al. Reclaiming comprehensive public health. *BMJ Global Health* 2020;5:e003886.doi:10.1136/bmjgh-2020-003886

Disclaimer : This material has been translated from the English original by Jorge Lembke with review from Claudio Méndez, Rene Loewenson and Erica Nelson. BMJ Publishing Group take no responsibility for the accuracy of the translation from the published English language original and are not liable for any errors that may occur.

Recuadro de resumen

- Las respuestas mundiales y nacionales a la crisis de la COVID-19 ponen de relieve una tensión que existe desde hace mucho tiempo entre los enfoques de la salud pública centrados en la bioseguridad, autoritarios y a veces militarizados y, en contraste, con enfoques integrales, basados en las determinantes sociales, participativos y basados en derechos.
- A pesar de los principios que pueden limitar los derechos en interés de la salud pública y el papel de ciertas medidas centrales en algunas circunstancias, una salud pública eficaz en una pandemia prolongada como la COVID-19 requiere cooperación, comunicación, toma de decisiones participativas y acciones que salvaguarden los principios de Siracusa, el respeto de la dignidad de las personas y realidades y capacidades a nivel local.
- Sin embargo, cada vez hay más pruebas de una respuesta dominante para la COVID-19 en la que las decisiones se adoptan y aplican de manera excesivamente centralizada, no transparente y en un enfoque arriba-abajo, lo que a menudo implica coacción y abuso militar en las comunidades, aún cuando las evidencias demuestran el daño a largo plazo para la salud pública y los derechos humanos.
- En contraste, las experiencias de los enfoques de salud pública integral, en la equidad y participativos, que utilizan diversas fuentes de conocimientos, disciplinas y capacidades, muestran el tipo de enfoque de salud pública que será más eficaz para enfrentar los desafíos del siglo XXI en las pandemias, crisis climáticas, alimentarias y energéticas, la creciente desigualdad social, los conflictos y otras amenazas para la salud.

INTRODUCCIÓN: DIFERENTES ENFOQUES DE SALUD PÚBLICA EN LA RESPUESTA A LA COVID-19

En los últimos 6 meses, hemos sido testigos de la diversidad en la propagación y gravedad de la COVID-19 y en la naturaleza y el momento de las respuestas a la misma en diferentes países y contextos.¹ Las emergencias agudas a menudo suelen movilizar atención y recursos en un corto período. Sin embargo, la COVID-19 es una pandemia prolongada que al propagarse, agrava las desigualdades socioeconómicas y ejerce presión sobre los sistemas sanitarios y democráticos de manera que exige respuestas sostenidas desde el ámbito local al global.

Las formas en que los diferentes gobiernos han respondido a la COVID-19 ponen de manifiesto las tensiones que existen desde hace tiempo entre los diferentes marcos y enfoques de la salud pública. En términos generales, un enfoque considera que las personas son sujetas de derechos que deberían involucrarse activamente en intervenciones proactivas que aborden los determinantes sociales de la salud, de manera que se respeten los derechos y la seguridad humana colectiva. En contraste, el segundo enfoque considera a las personas como objetos de intervenciones técnicas reactivas y biomédicas de "mando y control", con medidas de bioseguridad para proteger a las poblaciones contra los patógenos nocivos aplicadas rápidamente junto con enfoques autoritarios y militarizados cuando se considera que las epidemias amenazan los intereses socioeconómicos, políticos y la seguridad. Ambos enfoques integran los conocimientos y la tecnología, pero lo hacen de diferentes maneras y con diferentes fines. Si bien estos dos marcos han coexistido, impugnado y se han aplicado, a veces juntos, durante más de dos siglos, la COVID-19 ha exacerbado la tensión entre ellos. Esto tiene repercusiones a más largo plazo en la forma en que se entiende la salud pública y se abordan eficazmente los problemas de salud.

En este artículo, destacamos las deficiencias y los daños en la salud pública en el marco de una bioseguridad dominante y autoritaria. Argumentamos un enfoque integral, participativo e inclusivo de la salud pública que integre los derechos, las dimensiones sociales y las diversas fuentes de conocimiento, evidencia e innovación y que mantenga la equidad como un objetivo crítico.

El principio precautorio y las limitaciones de los derechos individuales en interés de la salud y la seguridad públicas son normas bien establecidas que van más allá de la salud pública y son incluidas en las constituciones y leyes. Cuando el riesgo es alto y existen medidas eficaces para la población, como la vacunación o el tratamiento del agua, las decisiones pueden adoptarse de forma centralizada para garantizar la protección más amplia de la población, especialmente cuando no hay alternativas igualmente eficaces que puedan lograr los mismos beneficios para la población. Se pueden aplicar medidas a nivel central para invertir en tecnologías, orientar y apoyar las capacidades locales o asegurar la cobertura universal. Una emergencia aguda o una pandemia de rápido desarrollo pueden provocar la demanda de una acción rápida y de amplio alcance impulsada centralmente. Sin embargo, la pandemia de la COVID-19 presenta un caso complejo, en el que todavía están surgiendo los efectos intencionales y no intencionales de las medidas aplicadas a diferentes niveles.

Esta pandemia prolongada requiere la cooperación y la comunicación efectiva entre los niveles nacional y local, incluidas las comunidades, aplicada de manera que se salvaguarde el respeto de la dignidad de las personas, se apoye la capacidad a nivel local y se conecte con los idiomas, las culturas, los conocimientos y las realidades de las personas.^{1,2} Las decisiones adoptadas en el ámbito de la salud pública requieren evidencias de una serie de disciplinas y ciencias, así como de experiencias y perspectivas de todos los niveles, con comunicación sobre la forma en cómo se decidieron los compromisos. No se pueden importar modelos de respuestas eficaces y orientaciones simplificadas de un entorno a otro, sin adaptarlas a los diversos contextos de manera participativa, transparente y que genere confianza en las autoridades desde los implementadores y las comunidades.³ Si bien la respuesta de salud pública no es independiente de un contexto sociopolítico más amplio, su encuadre e implementación pueden, no obstante, corregir las desigualdades y reforzar el empoderamiento social, la cohesión, la solidaridad y la seguridad humana.³ Tal como lo han expresado sistemáticamente la Organización de Naciones Unidas (ONU) y sus organismos,¹ colectivamente, sólo estamos tan libres de riesgos como los más vulnerables de la sociedad. Si la práctica de la salud pública refleja y no se enfrenta a los desequilibrios de poder y las desigualdades subyacentes que generan riesgo y vulnerabilidad, todos estaremos inseguros. Por lo tanto, en su calidad de pandemia, la COVID-19 también requiere cooperación, comunicación y solidaridad entre los países y las organizaciones internacionales, tal como se prevé en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las Declaraciones sobre Atención Primaria de Salud de 1978 y 2018.⁴

¿Cómo juzgaremos la respuesta de la salud pública a la COVID-19? ¿Fue impulsada por los derechos, participativa, equitativa, compasiva y basada en la solidaridad? ¿Se fomentaron, se pusieron a disposición y se consideraron de forma transparente diversas formas de evidencias y experiencias? ¿Se reconoció el carácter político y ético basado en valores de las decisiones e intervenciones? ¿Se alentó el diálogo abierto, la autorreflexión, el intercambio de información y la ciudadanía activa?

EVIDENCIA DE DAÑOS EN UNA RESPUESTA DE BIOSEGURIDAD AUTORITARIA

A medida que la pandemia se desarrolle, en retrospectiva proporcionará más respuestas a estas preguntas. Sin embargo, en una pandemia como la COVID-19 que se acelera rápidamente, ya hay cada vez más evidencias de que se han tomado decisiones de manera centralizada, frenética y de manera arriba-abajo, limitando las opciones locales incluso exigiendo flexibilidad local y asumiendo la capacidad de respuesta de las comunidades y los sistemas de salud.¹ Si bien los informes regionales sugieren que las respuestas rigurosas al principio de la pandemia se asociaron a una menor prevalencia de la COVID-19 en algunos países⁵, los confinamientos, prohibiciones y cuarentenas a más largo plazo plantean problemas a grupos ya vulnerables en diversos países y entornos, con una deuda sanitaria acumulada por la pérdida de ingresos, la inseguridad alimentaria, la soledad y la muerte en soledad, los problemas de salud mental y la discontinuidad de la atención preventiva, promocional y curativa de otras condiciones de salud.¹ Esto es particularmente cierto cuando las medidas son prolongadas, descuidan realidades vividas, se dirigen

desproporcionadamente a las comunidades desfavorecidas y no proporcionan una protección social adecuada.

Una preocupación importante e inmediata es la militarización y el uso de "narrativas de guerra" que comparan a la COVID-19 con una batalla y relacionan la pandemia con el hecho de estar en guerra, refiriéndose al "enemigo", con llamadas a "salvar la economía" y a los trabajadores esenciales etiquetados como "guerreros de la primera línea".⁶ Las capacidades militares pueden contribuir a movilizar la logística y la infraestructura. Sin embargo, en muchos países del mundo, las fuerzas de seguridad del estado y no los trabajadores de la salud pública o el personal local encargado de hacer cumplir la ley se han desplegado en las comunidades para contener la propagación de la COVID-19.^{1,6-8} El personal militar desplegado en las comunidades responde al incumplimiento con la fuerza, a pesar de las dificultades que muchos, incluidos los trabajadores migrantes, los vendedores ambulantes, las personas que viven en las calles y otros tienen con las medidas impuestas.^{1,8,9} De diversas regiones del mundo se han recibido múltiples informes de abusos por parte de la policía o el poder militar por violaciones del toque de queda o el confinamiento, en forma de desalojos forzosos masivos, detenciones, asesinatos y muertes bajo custodia.¹⁷ Por ejemplo, Sudáfrica registró 230,000 detenciones y 11 muertes por las fuerzas de seguridad entre marzo y abril durante su cuarentena,⁷ y en los últimos meses los organismos de las Naciones Unidas informan de cientos de miles de personas detenidas por la COVID-19 en diversos países del mundo.¹

Tales respuestas militarizadas a la COVID-19 se sustentan en un enfoque autoritario y centrado en la bioseguridad, con imposiciones drásticas y rápidas a menudo realizadas por aparatos de seguridad que no informan al público de manera oportuna y transparente. Esto es comparable a las medidas que los gobiernos adoptan en tiempo de guerra, ignorando el papel crucial que un público informado puede desempeñar para asegurar respuestas eficaces a las amenazas a la salud pública. La COVID-19 fue declarada una emergencia nacional en muchos países, después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombrara a la COVID-19 como una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional, según se define en el RSI de 2005. Sin embargo, esto se ha utilizado luego para aplicar leyes de emergencia de amplio alcance y un poder ejecutivo centralizado sobre la acción descentralizada local en diferentes entornos de ingresos altos, medios y bajos.⁹ Con frecuencia, esas medidas se han adoptado sin una información pública clara y pertinente sobre la justificación científica o la estrategia de salida, a menudo sin la participación de los residentes locales o sus representantes y sin tener en cuenta la viabilidad de las medidas, por ejemplo, exigiendo el distanciamiento físico en los barrios marginales superpoblados.² Las empresas privadas y los gobiernos han introducido en muchas partes del mundo la vigilancia de los movimientos de las personas a través de plataformas de satélite y de aplicaciones de telefonía móvil, a menudo utilizando poderes de emergencia para limitar la privacidad y otros derechos.¹⁰ Esas prácticas suscitan preocupación por lo temporal, necesaria y proporcionada que es esa vigilancia y por la forma en que se está utilizando la pandemia para promover cambios radicales en la forma en que interactuamos con las tecnologías digitales de la salud sin tener en cuenta las futuras consecuencias de las enormes cantidades de datos sobre la salud que están almacenados por entidades que a menudo no están bajo control público.¹⁰

Las respuestas militares en el ámbito de la salud mundial señalan el legado más profundo tanto del colonialismo como de la medicina coercitiva, al que se ha sumado en los últimos decenios la percepción de los organismos de seguridad de que las epidemias suponen una amenaza para los intereses económicos y la estabilidad política.¹¹ Tanto el VIH como el Ébola fueron identificados por las Naciones Unidas como amenazas para la paz y la seguridad, y militares fueron desplegados en las comunidades en el brote de Ébola de 2014 en África occidental.¹¹ Por lo tanto, una respuesta militarizada en materia de bioseguridad no es exclusiva de la COVID-19. Sin embargo, el hecho de dejar de lado los conocimientos especializados de los ministerios de salud, el personal de salud pública y las comunidades al situar la gestión de la COVID-19 en sectores de seguridad centralizados con escasa experiencia en materia de salud pública, cambia fundamentalmente la naturaleza de la respuesta.⁸ Puede desviar recursos a los sectores de defensa o a respuestas reactivas, coercitivas y que promueven el miedo y alejarlos de los complejos sistemas de adaptación necesarios para realizar intervenciones de salud pública eficaces y sostenidas como hacer pruebas, rastrear y proteger.⁸ Se estima que la respuesta militar a la epidemia de Ébola de 2014-2016 en África Occidental ha costado tres veces más de lo que se habría necesitado para establecer una infraestructura para que el sistema de salud funcione bien.¹¹

Los enfoques de bioseguridad militarizados y excesivamente centralizados socavan la cohesión social y la solidaridad, fomentan la utilización de chivos expiatorios y amplían el discurso peyorativo sobre los migrantes, los refugiados, las minorías y otras personas como "amenazas" en la propagación de la pandemia, permitiendo la discriminación.¹² Este enfoque puede reforzar una reciente tendencia de extrema derecha, autoritaria y nacionalista en la política, asociada a la polarización, el populismo y el racismo, que se manifiesta de diferentes maneras en las distintas regiones.¹³ Organizar las respuestas de salud pública de esta manera puede fomentar la discriminación, incluso involuntariamente, y minar la confianza social a largo plazo en el terreno.

Medidas como exigir la obediencia al mando, en lugar de la solidaridad y la acción informada, y al utilizar el derecho penal para imponer el cambio de comportamiento, hacen perder el empoderamiento y enajenan a las comunidades de su papel central en la contención de la COVID-19, debilitando paradójicamente la adhesión a las medidas de comportamiento.¹ Las respuestas técnicas de bioseguridad y el aprendizaje incorrecto de los fracasos -incluida la falta de aprendizaje de las epidemias anteriores- corren el riesgo de socavar los valores, los derechos y los conocimientos de los que depende una salud pública eficaz. No escuchar a las comunidades y a los trabajadores de la primera línea puede dar lugar a restricciones más duras e inviables para ciertos grupos que contribuyen a ampliar la desigualdad. Por ejemplo, los toques de queda en los hogares privan a los trabajadores del sector informal de sus medios de vida, mientras que sólo los grupos de ingresos más altos pueden aprovechar el trabajo remoto o la escolarización en el hogar. Las medidas impuestas y la información poco clara, tardía y contradictoria generan miedo, ira, desconfianza y preocupaciones por la salud mental y pueden llevar a comportamientos sociales clandestinos, lo que dificulta las respuestas eficaces.^{1,8} Ignorar las realidades en el terreno genera una creciente deuda de salud, ya que las personas con otras condiciones no buscan ni reciben la atención adecuada. Tales respuestas pueden potencialmente perjudicar

la relación entre las comunidades y el Estado que contribuyan a la salud pública y exacerbar los factores determinantes para problemas de salud, como el aumento de la violencia de género durante los confinamientos, la exclusión prolongada de la escolarización, que afecta sobre todo a los niños de menores ingresos, y la inseguridad alimentaria y de ingresos.¹⁴ Estas consecuencias pueden socavar el apoyo a medidas eficaces y pueden ser muy contraproducentes para contener una pandemia o sus repercusiones a largo plazo en la salud.

La simplificación excesiva, la utilización de chivos expiatorios y la reestructuración de las respuestas de salud pública también han desplazado los fondos y la autoridad institucional a grandes agentes privados y empresariales, y la salud pública a las instituciones nacionales de bioseguridad.^{15,16} La reorganización de los organismos nacionales de salud pública y el rechazo selectivo de las evidencias de salud pública sin consultar a los expertos y al personal puede ser derrochadora, desmoralizante y contraproducente. Si bien la privatización y la mercantilización de los sistemas de salud pública no son algo nuevo, la pandemia ha brindado la oportunidad de intensificarla en algunos entornos, en contraste con los enfoques que coordinan la acción del sector privado bajo la dirección del sector público. Justificar estos cambios como necesarios durante una emergencia pone una cortina de humo sobre la manera en que la austeridad y la privatización a largo plazo pueden por sí mismas socavar la oportunidad de una respuesta de salud pública eficaz.¹⁶ Haciendo caso omiso de los recordatorios de la OMS de que el riesgo de la pandemia permanece hasta que todos estén protegidos, un sentido de amenaza y autoprotección ha llevado a un acopio inequitativo de tecnologías sanitarias esenciales y al nacionalismo de las vacunas en los países de altos ingresos, socavando la prevención de riesgos y la solidaridad internacionales previstas en el RSI de 2005.^{4,17} Las leyes de emergencia que permiten un enfoque de bioseguridad han alterado los controles y equilibrios de los poderes ejecutivos de los gobiernos, permitiendo que millones de dólares recaudados internacionalmente o movilizados de los ingresos públicos se apliquen sin el adecuado escrutinio parlamentario o público, incluso mientras grandes sectores de la población luchan por sobrevivir y se enfrentan a crisis de salud mental con la pérdida de ingresos bajo confinamiento.⁹

AVANZANDO HACIA UNA RESPUESTA DE SALUD PÚBLICA INTEGRAL

La bioseguridad no es igual a la salud pública. La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad¹⁸ (p 2). Se implementa a través de la participación, los esfuerzos organizados y las elecciones informadas de la sociedad, el estado y las organizaciones no gubernamentales. Actúa sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria desde los niveles próximos a los estructurales, mediante la organización de políticas, servicios y medidas sociales para asegurar y mejorar las condiciones y capacidades para la salud y el bienestar de todos. No podemos permitir que la respuesta a la COVID-19 reduzca la salud pública en la práctica institucional y en la mente del público a la bioseguridad solamente, tratando a las personas como objetos y no como agentes, socavando el conocimiento, la equidad, los derechos y décadas de trabajo previo. Necesitamos proteger y promover una salud pública que esté arraigada en el interés público y en la población; que sea proactiva, eficaz, participativa, con principios, justa,

basada en evidencias científicas y sociales; que actúe profundamente sobre los determinantes sociales de la salud y que fomente la cooperación entre la salud, otros sectores y comunidades y entre los países globalmente.

Para ello se parte de una relación diferente con el nivel local y las comunidades, como una cuestión de derechos y justicia y para la eficacia de la salud pública. La organización local, los conocimientos sanitarios, el liderazgo local, las ideas, las innovaciones y la acción son necesarios para prevenir la infección y proporcionar protección y atención social. Son fundamentales para una respuesta eficaz de salud pública.^{12,17} Hay muchos ejemplos de participación afirmativa de la comunidad en la respuesta a la COVID-19 en todas las regiones del mundo.^{1,19-21} Muestran alternativas de acción social y colaboración entre comunidades y estados que contrastan con respuestas de bioseguridad inapropiadas y excesivamente centralizadas. Al entrar en el sexto mes de la declaración de esta pandemia, haríamos mejor en dialogar, trabajar y respetar al público y a los diversos profesionales, compartiendo el conocimiento y la información para entender y actuar sobre el riesgo.

Necesitamos proteger un enfoque ético, científico y basado en el enfoque de derechos para la salud pública, como los principios de Siracusa de las Naciones Unidas que se muestran en el recuadro 1.²²

Recuadro 1: El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en sus principios de Siracusa de 1984

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, en sus principios de Siracusa de 1984, guía al estado a ejercer sus poderes para las medidas que restringen las libertades individuales de una manera que:

1. Se lleva a cabo de acuerdo con la ley.
2. Tiene el claro propósito de mejorar o mantener la salud pública mediante el cumplimiento de servicios y funciones esenciales de salud pública, como objetivo legítimo de interés general.
3. Se basa en pruebas científicas y no se redacta ni se impone de forma arbitraria.
4. Es estrictamente necesaria en una sociedad democrática para lograr el objetivo.
5. Está bien orientada, mediante la alternativa menos restrictiva, no se aplica a más personas de las necesarias para la salud pública, y dado que no hay medios menos intrusivos y restrictivos disponibles para alcanzar el mismo objetivo.
6. Se basa en el principio precautorio.
7. Incluye la educación continua en materia de salud pública y la divulgación para alentar, facilitar y promover la participación de la comunidad en el logro de los objetivos de salud pública.
8. Es respetuosa de la dignidad humana y no discrimina ilegalmente a las personas.
9. Es de duración limitada y está sujeta a revisión.²²

Al igual que todos los enfoques basados en los derechos, los principios cobran vida cuando son conocidos, implementados y defendidos por todos de manera que se construye un poder colectivo, en lugar de un poder dominante. Los principios están sujetos a interpretación. Por consiguiente, las decisiones adoptadas en aras del "bien público" deben

ser examinadas en función de los conocimientos técnicos, las evidencias, las consultas realizadas y los intereses sociopolíticos y de poder que las sustentan, así como las medidas incluidas para la rendición de cuentas y el aprendizaje a partir de la acción. La evidencia aplicada debe incluir todo el espectro de conocimientos organizados sistemáticamente, incluidos los de los implementadores y las experiencias vividas por las comunidades. A diferencia de una respuesta autoprotectora, la salud como derecho humano debe entenderse y aplicarse como una responsabilidad colectiva, dentro de los países y globalmente.¹

“Los actores de la salud, los líderes comunitarios y las comunidades deben construir conjuntamente opciones para la respuesta a la COVID-19 que sean aceptables y factibles, y que fomenten el compromiso de las comunidades afectadas”²¹ (p 2). En parte, hacerlo implica un diseño proactivo de medidas mediante una gobernanza descentralizada y un compromiso más profundo y matizado con los profesionales locales de la salud, los servicios sociales, las autoridades locales, las organizaciones de la sociedad civil y los diferentes grupos sociales, incluidas las comunidades marginadas y los jóvenes. Este tipo de compromiso ayuda a interpretar y adaptar localmente las orientaciones para aplicar eficazmente las respuestas clave, entre ellas hacer las pruebas, el rastreo y la protección de las personas; la prevención y el control de los brotes y el apoyo a los grupos vulnerables. También requiere una mejor y honesta comunicación en mensajes apropiados para las diversas necesidades, con una divulgación de alfabetización en salud para construir una acción informada y una rendición de cuentas. Pide que se advierta oportunamente de las medidas de control de los brotes y de las estrategias de apoyo y de salida. Exige que se preste atención explícita a la equidad, la no discriminación y a la aplicación de medidas de salud pública de manera que se fomente la confianza y se combata el estigma, el racismo y la xenofobia. No tenemos una pizarra en blanco al respecto. Hemos extraído enseñanzas de la respuesta al VIH, en la que los propios afectados desafiaron el silencio, el abandono y el estigma, y crearon conjuntamente la acción de colaboración; de las respuestas "de abajo arriba" al Ébola en África^{1,21} y de las muchas experiencias positivas en las respuestas que surgen de la COVID-19, señaladas anteriormente, que proporcionan un aprendizaje valioso para la salud pública.^{1,17,19,20}

CONCLUSIÓN: ELEGIENDO UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA INTEGRAL Y PARTICIPATIVO

La COVID-19 estará con nosotros a largo plazo. No será la última pandemia. No necesitamos y no debemos coaccionar, aterrorizar, fatigar, socavar y dañar la confianza pública y los sistemas de salud pública en nuestra respuesta. Necesitamos una respuesta de salud pública que genere comunicación, comprensión, aprendizaje, capacidades, responsabilidad civil, innovaciones locales y solidaridad global. La COVID-19 ha estimulado una extraordinaria movilización de respuesta en poco tiempo. Ofrece la oportunidad de aprender, reflexionar y construir una forma eficaz de salud pública para hacer frente a un siglo XXI que se enfrenta a múltiples crisis, entre ellas las futuras pandemias, el clima, los alimentos, la energía, el trabajo precario, la grotesca y creciente desigualdad social, los conflictos y otras amenazas. En la medida en que ha habido una tendencia histórica hacia respuestas centralizadas y autoritarias en materia de bioseguridad, también ha habido movimientos en pugna hacia una salud pública integral, actuando sobre

los determinantes sociales, participativa e impulsada por la justicia, en diferentes regiones, países y globalmente. Reclamemos, apoyemos, invirtamos y pongamos en práctica esta última versión de la salud pública.

Afiliaciones de los autores

¹Centro de Apoyo a la Formación y la Investigación (TARSC), Harare, Zimbabue

²Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica

³Departamento de Salud, Sarvodaya Gram Udyog Seva Sansthan, Noida, India

⁴El Instituto George para la Salud Mundial, Universidad de Nueva Gales del Sur, Newtown, Nueva Gales del Sur, Australia

⁵Salud Pública, Educación en Salud Inglaterra Noroeste, St. Helens y Knowsley Teaching Hospitals NHS Trust, Prescott, Reino Unido

⁶Escuela de Salud Pública y Medicina Familiar, Universidad de Ciudad del Cabo, Rondebosch, Western Cape, Sudáfrica

⁷Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

⁸Centro Nuffield para la Salud y el Desarrollo Internacional, Universidad de Leeds, Leeds, Reino Unido

⁹Departamento de Salud Pública, Medio Ambiente y Sociedad, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido

¹⁰Escuela de Salud Pública BRAC James P Grant, Universidad BRAC, Dhaka, Distrito Dhaka, Bangladesh

¹¹Salud Pública, Universitas Sebelas Maret, Surakarta, Jawa Tengah, Indonesia

¹²Salud Mundial, Save the Children Federation, Washington, DC, EE.UU.

¹³Departamento de Política, Planificación y Gestión de la Salud, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Makerere, Kampala, Uganda

¹⁴Centro de Salud Rural, Escuela de Ciencias de la Salud Universidad de KwaZulu-Natal, Durban, KwaZulu-Natal, Sudáfrica

Agradecimientos El Grupo de Trabajo Temático (GTT) SHAPES de Health Systems Global actuó como plataforma para expresar interés en este artículo y facilitar la colaboración en ella. Agradecemos la contribución a los debates de fondo sobre las cuestiones con otros miembros del GTT SHAPES, a saber, G Bloom, S Dorcoo, S Fischer, N Howard, B Kaim, J Lohman, H MacGregor, M Mamdani, B Pratt, E Paul, E Sacks, P Srinivas, S Topp, G van Heteren y C Wenham y la contribución de D Nambiar, AL Ruano, B Taderera y A Zwi en las ediciones técnicas.

Referencias

1. UNAIDS. Rights in a pandemic: Lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19, 2020. Available: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/rights-in-a-pandemic_en.pdf [Accessed 31 Aug 2020].
2. Corburn J, Vlahov D, Mberu B, et al. Slum health: arresting COVID-19 and improving well-being in urban informal settlements. *J Urban Health* 2020;97:348–57.

3. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, et al. Challenging inequity through health systems, final report of the knowledge network on health systems, who Commission on the social determinants of health, 2007. Available: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf [Accessed 28 Aug 2020].
4. Taylor AL, Habibi R, Burci GL, et al. Solidarity in the wake of COVID-19: reimagining the International health regulations. *Lancet* 2020;396:82–3.
5. Blavatnik School of Government. Regional reports summarising recent changes in government responses, 2020. Available: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker> [Accessed 30 Aug 2020].
6. Rohela P, Bhan A, Ravindranath D, et al. Must there be a “war” against coronavirus? *Indian J Med Ethics* 2020.
7. Haffajee F. Ramaphosa calls 11 lockdown deaths and 230,000 arrests an act of ‘over-enthusiasm’ – really! Dly. *Maverick.*, 2020. Available: <https://www.dailymaverick.co.za/article/2020-06-01-ramaphosa-calls-11-lockdown-deaths-and-230000-arrests-an-act-of-over-enthusiasm-really/> [Accessed 26 Aug 2020].
8. Gibson-Fall F. Coronavirus: how to avoid military responses becoming a double edged swords, 2020. Available: <https://theconversation.com/coronavirus-how-to-avoid-military-responses-becoming-double-edged-swords-135262> [Accessed 30 Aug 2020].
9. Fassin D, Lipman J. An unprecedented health crisis: Didier Fassin on the global response to the Covid pandemic, 2020. Available: <https://www.ias.edu/ideas/fassin-covid-global-response> [Accessed 27 Aug 2020].
10. International A. COVID-19 surveillance and the threat to your rights, amnesty international, 2020. Available: <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/04/covid-19-surveillance-threat-to-your-rights/> [Accessed 31 Aug 2020].
11. Snowden FM. *Epidemics and society: from the black death to the present*. 1 edn. London: Yale University Press, 2019. <https://news.yale.edu/2019/10/24/epidemics-and-society-black-death-present>
12. Egede LE, Walker RJ, Racism S. Structural racism, social risk factors, and Covid-19 - A dangerous convergence for black Americans. *N Engl J Med* 2020;383:e77.
13. Hart G. Resurgent nationalisms & populist politics in the neoliberal age. *Geogr Ann Ser B Hum Geogr* 2020.
14. Dasgupta J, Schaaf M, Contractor SQ, et al. Axes of alienation: applying an intersectional lens on the social contract during the pandemic response to protect sexual and reproductive rights and health. *Int J Equity Health* 2020;19:130.
15. Pollock A. Thanks to outsourcing, England’s test and trace system is In Chaos. *The Guardian*, 2020. Available: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/jul/31/outsourcing-england-test-trace-nhs-private> [Accessed 27 Aug 2020].
16. The Health Foundation. PHE reorganisation is highly risky and justification for the change has not been fully set out, 2020. Available: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/news/phe-reorganisation-is-highly-risky-and-justification-has-not-been-fully-set-out> [Accessed 27 Aug 2020].
17. Loewenson R. COVID-19 in East and southern Africa: rebuilding differently and better must start now. *MEDICC Rev* 2020;22:59.

18. WHO. European action plan for strengthening public health capacities and services - resolution EUR/RC62/R5, 2012. Available: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf [Accessed 31 Aug 2020].
19. Scheepers E, Lakhani I, Armstrong K. Making a community action net (work): organising in the times of COVID-19. OpenGlobalRights, 2020. Available: <https://www.openglobalrights.org/organising-in-the-times-of-COVID-19/> [Accessed 31 Aug 2020].
20. Franco D I, Ortiz C, Samper J, et al. Mapping repertoires of collective action facing the COVID-19 pandemic in informal settlements in Latin American cities. *Environ Urban* 2020.
21. Anoko JN, Barry BR, Boiro H, et al. Community engagement 22 United Nations. The Siracusa principles on the limitation and for successful COVID-19 pandemic response: 10 lessons from Ebola outbreak responses in Africa. *BMJ Glob Health* 2020;4:3121:e003121.
22. United Nations. The Siracusa principles on the limitation and Derogation provisions in the International covenant on civil and political rights. *Hum Rights Q* 1985;7:3

Editor de manejo: Seye Abimbola

Recibido el 3 de septiembre de 2020

Aceptado el 8 de septiembre de 2020

© Autor(es) (o su(s) empleador(es)) 2020. Reutilización permitida según CC BY-NC. No se permite la reutilización comercial. Ver derechos y permisos. Publicado por BMJ.

Para las afiliaciones numeradas, véase el final del artículo.

Correspondencia con: Dr. Rene Loewenson; rene@tarsc.org

Colaboradores RL inició un borrador de puntos conceptuales clave al que todos los autores hicieron aportaciones y que se utilizó para preparar un primer borrador. Todos los autores hicieron aportaciones de texto a los borradores iterativos y proporcionaron materiales de referencia utilizando un software de edición de documentos en línea compartido. RL coordinó los aportes y editó el manuscrito final.

Financiación Los autores no han declarado una subvención específica para esta investigación por parte de ningún organismo de financiación de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Intereses en competencia No se ha declarado ninguno.

Consentimiento del paciente para la publicación No se requiere

Procedencia y revisión por pares No se ha encargado; se ha examinado internamente por pares.

Declaración de disponibilidad de datos No hay datos en este trabajo.

Acceso abierto Se trata de un artículo de acceso abierto distribuido de acuerdo con la licencia Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0), que permite a otros distribuir, remezclar, adaptar, construir sobre esta obra sin fines comerciales y licenciar sus obras derivadas en términos diferentes, siempre que se cite adecuadamente la obra original, se dé el crédito apropiado, se indique cualquier cambio realizado y el uso sea no comercial. Véase: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.