

El papel de la tecnología en la gestión de la pandemia de CoViD-19

The role of technology in the containment of CoViD-19 pandemic

Carlo Botrugno*

Resumen

La gestión de la pandemia en todos los países afectados por el CoViD-19 es un tema de debate a nivel global, debido a las implicaciones éticas, jurídicas y sociales de las medidas de emergencia adoptadas por los gobiernos y las autoridades sanitarias para contener la difusión del virus. En este contexto, las nuevas tecnologías han cobrado un papel fundamental, y la discusión acerca de su utilización ha salido de los angostos confines del debate académico para investir a toda la sociedad. Con base en el enfoque teórico de la bioética del cotidiano, en este ensayo, analizaré las mayores cuestiones éticas y jurídicas generadas por el advenimiento del COVID-19 con relación al uso de las nuevas tecnologías. Tales cuestiones se pueden repartir en tres categorías: a) organización de la asistencia sanitaria; b) respeto de los derechos fundamentales; c) protección de los grupos vulnerables.

Palabras clave: tecnologías de la información y comunicación, CoViD-19, derechos fundamentales, derecho a la salud, telemedicina y salud digital.

Resumo

A gestão da pandemia em todos os países afectados pelo CoViD-19 é um tema de debate global, devido às implicações éticas, jurídicas e sociais levantadas pelas medidas de emergência adoptadas pelos governos e autoridades sanitárias para conter a difusão do vírus. Neste contexto, as novas tecnologias tomaram um papel fundamental, e a discussão sobre sua utilização saiu dos estritos confines do debate académico para envolver a sociedade toda. Com base na abordagem teórica da bioética do quotidiano, neste ensaio, analisarei as maiores questões éticas destacadas pela difusão do CoViD-19 em relação ao uso das novas tecnologias. Essas questões se podem repartir em três categorias: a) organização de assistência sanitária; b) respeito dos direitos fundamentais; c) protecção de grupos vulneráveis.

Palavras-chave: tecnologias da informação e comunicação, CoViD-19, direitos fundamentais, direito à saúde, telemedicina e saúde digital.

¹ Investigador en el Centro Inter-universitario "L'altrodiritto", Universidad de Florencia, Departamento de Ciencias Jurídicas, y coordinador del *Research Unit on Everyday Bioethics and Ethics of Science* (RUEBES). carlo.botrugno@gmail.com

Abstract

The handling of pandemic in all the countries affected by the CoViD-19 outbreak is a major topic at global level, due to the ethical, legal and social implications posed by the emergency measures adopted by national governments and health authorities. In this context, the new technologies assumed a fundamental role and the discussion around its use came out from the narrow boundaries of the academic debate. Moving from the theoretical approach of the everyday bioethics, I will briefly analyse the main ethical issues posed by the advent of pandemic with regard to the use of the new technologies. These issues can be clustered in three categories: a) healthcare organisation and delivery; b) respect of fundamental rights; c) protection of vulnerable groups.

Keywords: information and communication technologies, CoViD-19, fundamental rights, right to health, telemedicine and digital health

1. Introducción

La difusión de la pandemia de COViD-19 ha devastado nuestras formas de vida y se ha vuelto una amenaza para las libertades y los derechos fundamentales en la mayoría de los estados contemporáneos afectados por el virus. Consecuentemente, la discusión sobre las implicaciones éticas, jurídicas y sociales de las medidas de emergencia (cuarentena, *lockdown*, etc.) adoptadas por los gobiernos y las autoridades sanitarias para contener la difusión del virus, se ha vuelto tema de debate a nivel global.

En el contexto de la emergencia sanitaria, la obligación de mantener la distancia interpersonal — el llamado “distanciamiento social”— representa un medio fundamental para proteger la salud de las poblaciones y garantizar, en lo posible, la continuación de las actividades humanas ordinarias. En ese contexto, la utilización de nuevas tecnologías como vector principal para permitir el mantenimiento de esa distancia ha asumido un papel fundamental, provocando discusiones y divergencias que involucraron a toda la sociedad, más allá de los estrechos confines del debate académico. Sin embargo, en muchos casos, estas discusiones han generado más confusión que claridad y han evidenciado todas las insidias que caracterizan la relación entre ciencia y política en las sociedades contemporáneas. Los márgenes de incertidumbre que suelen connotar al conocimiento científico—, a pesar de que la opinión pública es llevada a creer en su infalibilidad— se han vuelto “dramáticos”, debido a que las eviden-

cias científicas disponibles acerca de los coronavirus, antes de la pandemia en curso, eran muy limitadas.

Por otro lado, los gobiernos nacionales se encontraron en la difícil posición de adoptar decisiones drásticas, con efectos devastadores para las economías públicas y, en algunos casos, también para la protección de la salud y de la vida de la población. En particular, este es el caso de Brasil, donde la falta de una estrategia coordinada y clara para contrastar el avance del coronavirus ha causado la muerte de decenas de miles de ciudadanos/as. Desde la perspectiva de la “bioética cotidiana” (Berlinguer 2000/2003), esta “política de inercia” adoptada por el gobierno federal de Brasil debe ser considerada y recordada por su impacto en la población como un auténtico genocidio. De hecho, el precio de esta política está siendo pagado sobretodo por los individuos y grupos sociales más vulnerables, aquellos que ya antes de la pandemia vivían en condiciones socio-económicas precarias y por tanto, en la pandemia, tuvieron menores posibilidades de proteger su propia salud y la de sus familiares.

Con base en el enfoque teórico de la “bioética cotidiana”, en este ensayo, analizaré sintéticamente las mayores cuestiones éticas generadas por el advenimiento del COViD-19 en relación al uso de las nuevas tecnologías. Tales cuestiones se pueden repartir en tres categorías: a) organización de la asistencia sanitaria; b) respecto de los derechos fundamentales; c) protección de los grupos sociales más vulnerables.

2. El impacto de la tecnología en la organización de la asistencia sanitaria

En el dramático contexto de la pandemia, fue evidente el potencial de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en permitir la erogación de asistencia sanitaria a distancia. Las primeras experimentaciones acerca de la intervención remota en el ámbito sanitario —también conocidas bajo el nombre de “telemedicina”— surgieron en los años sesenta del siglo pasado, sobre todo en los Estados Unidos. Paradójicamente, la telemedicina fue concebida como un “medio excepcional”, para proveer asistencia sanitaria en situaciones de emergencia, como por ejemplo, en los desastres naturales. Con el avance tecnológico, sin embargo, la telemedicina comienza a ser concebida como un medio alternativo a la asistencia presencial. Hoy, de hecho, una consistente literatura, tanto de ámbito médico, cuanto en el campo informático, ha evidenciado que la difusión de la telemedicina puede ser fundamental para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, incrementar su accesibilidad, y permitir al mismo tiempo ahorrar recursos económicos a los sistemas de salud públicos (Lear 2018; Mahmoud & Vogt 2018; Munir et al. 2015). Actualmente, se puede afirmar que la telemedicina es una realidad utilizada comúnmente en especialidades médicas como: a) telecardiología, que incluye todos los servicios y equipamientos que permiten hacer el electrocardiograma a distancia y la monitorización en remoto de los parámetros vitales del paciente; b) teleneurología, que consiste en la evaluación de las funciones cerebrales del paciente afectado por apoplejía, con el objetivo de proveer una intervención farmacológica o quirúrgica urgente; c) telepsiquiatría, que abarca todas las actividades de educación, formación, diagnóstico y intervención a distancia en el ámbito psiquiátrico, por medio de videoconferencias; d) telepatología, o sea la transmisión de muestras microscópicas para el examen y el diagnóstico; e) telerehabilitación, que consiste en una serie de tratamientos de rehabilitación realizados a través de videoconferencia; f) teleradiología, o sea la transmisión de imágenes radiológicas desde un centro periférico (*spoke*) para una institución hospitalera de exce-

lencia (*hub*) que se encarga de efectuar el reporte (OMS, 2010).

Como en las precedentes emergencias virales —Mers-COV, Sars-COV-1, y Zika (Ohannessian 2015)— la telemedicina está teniendo un papel fundamental también durante la pandemia de COVID-19, sobre todos en aquellos países que habían adoptado políticas específicas para favorecer la difusión de estos medios en sus propios sistemas sanitarios. La telemedicina, por lo tanto, está contribuyendo a garantizar continuidad en la asistencia sanitaria y actuando como soporte para los profesionales de salud en la ejecución de diagnóstico de COVID-19 a distancia.

Además, la telemedicina está permitiendo a los profesionales en cuarentena poder trabajar en sus propias casas, lo que es fundamental para enfrentar la situación de emergencia y la relativa escasez de profesionales, tanto médicos, cuanto enfermeros. Por último, la telemedicina también está teniendo un papel importante para proveer apoyo remoto a todos aquellos que sufrieron y sufren de estrés psicológico (pánico, ansiedades, depresión, etc.) debido al aislamiento prolongado y a la cuarentena, o simplemente al temor de las consecuencias provocadas por la difusión del virus (pérdida del trabajo, dificultades económicas, etc.) (Zhou et al. 2020).

No siempre los esfuerzos directos a estimular una mayor utilización de la telemedicina durante la pandemia han logrado sus efectos. Algunos autores han destacado que en algunos casos, el intento de cambiar la asistencia sanitaria presencial y transformarla en virtual ha sido ineficaz, como en el caso de Italia (Botrugno 2020a), de Australia y de los Estados Unidos (Smith et al. 2020). Las dificultades encontradas se pueden atribuir a diferentes factores, entre los cuales: falta de medidas financieras adecuadas para el fomento de la telemedicina, escasa voluntad de los profesionales de adaptarse a la práctica virtual, y obstáculos encontradas en la transición de la asistencia convencional a la telemedicina. Esto confirma que la disponibilidad de la tecnología “de por sí” no es un factor suficiente para asegurar su difusión en la práctica de rutina, así como enfrenta la necesidad de disponer de políti-

cas adecuadas que resuelvan todos los aspectos críticos planteados por esta innovadora concepción de asistencia sanitaria (Fleming et al. 2009; Lateef 2014; Botrugno 2019a).

Por otro lado, también en el contexto de la pandemia de COVID-19, sobresale que la telemedicina debe integrar y no reemplazar la asistencia sanitaria convencional, y por lo tanto debe ser utilizada como una herramienta más a disposición de los profesionales de la salud para proteger a sus pacientes (Greenhalgh et al. 2020). En efecto, a pesar de la ventajas ofrecidas por la telemedicina, su difusión también conlleva algunos riesgos, entre los cuales, en primer lugar, el de una profunda alteración de la relación médico-paciente. Esta relación que viene de una tradición secular que valora la proximidad y el contacto físico (Osorio 2011; Ha & Longnecker 2010), se halla en riesgo de reducirse a una mera transmisión de datos clínicos, considerados más o menos relevantes para el diagnóstico o para el tratamiento a distancia de las patologías (Botrugno 2019b).

Otro tema que requiere ser analizado con respecto a la utilización de la telemedicina se refiere a las expectativas desarrolladas por los “pacientes digitales”. En algunos casos, más que un enlace entre un profesional de salud y un paciente, la telemedicina propone una conexión a un sistema de inteligencia informática, diseñado con interfaz *user-friendly* y con inspiración antropomorfa. El resultado es la entrega al usuario de una interacción “de rasgos humanos”, la cual puede incluir procedimientos de *decision-making* que ofrecen elaboraciones presentadas como el fruto de una auténtica *expertise* humana en el ámbito médico. En algunos casos, son los mismos pacientes quienes contribuyen de forma involuntaria a la “humanización” de esos servicios, atribuyendo a los equipamientos tecnológicos la responsabilidad por errores y mal funcionamiento.

Más allá de los aspectos críticos mencionados, vale la pena destacar que la difusión de la telemedicina representa un gran desafío para los sistemas sanitarios contemporáneos. De las aplicaciones para smartphones y tabletas de uso común a los modelos de telemonitorización, los tratamientos a distancia pueden contribuir a mo-

dificar profundamente tanto la práctica médica (convencional) cuanto la misma relación entre salud y enfermedad (Botrugno 2020b). Además, la promoción de estos servicios está alimentando un mercado de proporciones enormes. Esto va conformando un nuevo paradigma de economía política de la salud, cuyo avance amenaza la sustentabilidad de los sistemas sanitarios públicos (Evans & Stoddart 1990; Pellegrino 1999; Lown 2007). En efecto, la difusión de los servicios digitales representa un objetivo atractivo para los proveedores de la industria médica, quienes actualmente son los únicos capaces de ofrecer los innovadores servicios remotos y al mismo tiempo asegurar la manutención de los aparatos tecnológicos. Por lo tanto, desde una perspectiva bioética, es indispensable averiguar si la difusión de la telemedicina tiene como objetivo satisfacer exigencias reales de los pacientes o inducir nuevas necesidades que se ajustan a los intereses económicos de los proveedores de la industria médica (Esposito & Perez 2014).

3. Nuevas tecnologías y respeto de los derechos fundamentales

La mayor parte de los países afectados por el virus adoptó medidas drásticas de contraste, entre las cuales el cierre de todas las actividades económicas “no esenciales” (el llamado *lockdown*) o la imposición de aislamiento domiciliar (cuarentena) para aquellos/as ciudadanos/as contagiados. Obviamente, la adopción de estas medidas tuvo como efecto una restricción de las libertades y de los derechos fundamentales que no tiene precedentes en la historia de las democracias modernas fuera de los tiempos de guerra. Estas restricciones fueron necesarias para evitar una difusión incontrolada del COVID-19, y por tanto, para proteger la salud y la vida de todas las poblaciones.

A pesar de esto, uno de los mayores argumentos de debate —no solamente académico— fue el poder de las autoridades para interferir sobre las vidas privadas de los individuos. Para algunos, la difusión del COVID-19 ha representado un pretexto para instaurar una lógica de “emergencia permanente” en el *enjeux* democrático, un “estado de excepción” inspirado a la supresión de

la *privacy* por el uso de las nuevas tecnologías (Agamben 2020). Otros, en cambio, han evidenciado el deber de las instituciones públicas de proteger la salud de todos/as los/as ciudadanos/as, a través de la utilización de las nuevas tecnologías (Zuboff 2020).

En el contexto dramático de la pandemia, en efecto, se ha manifestado en toda su fuerza el papel ambivalente de la tecnología. Como ya he destacado en el caso de la telemedicina, por un lado las nuevas tecnologías ofrecen oportunidades impresionantes, mientras por el otro nos enfrentan a cuestiones críticas tanto a nivel ético-jurídico cuanto a nivel social. Desde el comienzo de la pandemia, en efecto, una gran variedad de tecnologías ha sido recomendada y, en muchos casos, utilizada para contrastar la difusión del virus. Entre estas hay: pulseras electrónicas para monitorear los movimientos de los contagiados; drones para controlar que las personas respeten la obligación de quedarse en casa; *apps* para alertar a quienes entraban en contacto con un contagiado, cuya utilización fue obligatoria en algunos países y meramente recomendada en otros.

Desde un enfoque diferente, es de destacar también que antes de que la OMS declarase oficialmente la pandemia, los usuarios de algunas redes sociales —como WeChat— fueron censurados con respecto al envío de mensajes en que se mencionaba el virus y su difusión (La Repubblica 2020).

Por lo tanto, el primer aspecto que hay que evidenciar en este contexto es el potencial de las nuevas tecnologías de interferir de forma significativa en la vida cotidiana de los individuos y alterar —temporalmente al menos— las dinámicas democráticas del estado de derecho. En efecto, permitir el control, tanto por parte de las autoridades públicas —como ha sido en el caso del COVID-19—, como, eventualmente, por parte de sujetos privados, se vuelve una intrusión notable de la *privacy* individual.

Además, esta intrusión lleva consigo el riesgo de contribuir a una reformulación del concepto de protección de datos personales. Eso es posible porque la pandemia ha legitimado la adopción de medidas excepcionales, que en algunos casos

serán mantenidas en vigor cuando el COVID-19 haya sido derrotado, sobre la base de una lógica de “defensa preventiva” contra eventuales futuras amenazas virales.

La protección de los datos personales, por lo tanto, representa uno de los temas principales del debate actual. Atañe a todos los países pero se manifiesta sobretodo en el contexto de la Unión Europea, cuyos estados miembros pueden contar con un implante normativo tan avanzado como complejo, el llamado GDPR (Reg. UE n. 675/2016). En términos generales, esta normativa no permite utilizar tecnologías para monitorear individuos o recoger datos individuales. Sin embargo, está permitido, en algunas circunstancias excepcionales, recoger y procesar estos datos, entre los cuales se encuentran también informaciones pertinentes al estado de salud (Botrugno 2020c). El advenimiento de la pandemia ha legitimado la adopción de estas medidas excepcionales, sobre todo en lo que concierne a la gestión de la llamada “fase 2”, o sea, después de haber superado la fase de “pico” de los contagios y con vista a la progresiva reapertura de las actividades económicas. Esto llevó a identificar soluciones tecnológicas que permitiesen efectuar una “monitorización de proximidad” de los individuos a fin de alertar sobre quienes entraban en contacto cercano con contagiados. Esta forma de monitorización ha sido entendida como un medio útil para reconstruir el mapa de contactos que cada contagiado ha tenido en un tiempo definido, a fin de bloquear la transmisión del virus. A pesar del trabajo de los máximos expertos europeos en materia de protección de datos personales (EDPB 2020a; 2020b), y de la participación de las autoridades nacionales para la garantía de la *privacy* de los Estados miembro, las soluciones identificadoras generaron grandes polémicas en varios países de la UE.

Aunque se dejó en claro que el objetivo era garantizar que estas *apps* funcionaran de tal modo que evitaran recoger datos personales, de cierta forma, para que pudiesen ser eficaces, debían permitir la identificación de los contagiados y de sus contactos, lo que efectivamente lleva el riesgo de abusos y violaciones de la privacidad de los usuarios.

4. La protección de los grupos vulnerables

El tema de la protección de los grupos sociales más vulnerables es fundamental en la perspectiva de la bioética cotidiana, y más aún en el contexto de América Latina, cuyos países se enfrentan con situaciones graves de desigualdades y vulnerabilidad social. Por lo tanto, tratar este aspecto implica, en primer lugar, distinguir entre la protección que el Estado debe(ría) asegurar a los individuos vulnerables para prevenir el contagio y aquella que debe proveer a los mismos en el caso de contagio. Personas presas, ciudadanos/as migrantes y refugiados/as, personas indocumentadas, ancianos/as hospedados en residencias, personas con discapacidad, son algunas de las categorías que precisan de una protección suplementaria puesto que su autonomía y su disponibilidad de recursos económicos y sociales suelen estar altamente limitadas. En algunos casos, estas limitaciones hacen difícil, si no imposible, la observancia de las normas básicas para prevenir el contagio – por ejemplo, utilizar máscaras y guantes, evitar el contacto físico o mantener la distancia interpersonal, lavarse las manos e higienizar superficies y objetos.

La protección de esos grupos sociales se complica más aún en casos de contagio, y es sobre todo en este contexto que la tecnología puede desplegar todos sus efectos ambivalentes. Esto porque, generalmente, la primera reacción al contagio es quedarse aislados/as en casa y alertar las autoridades sanitarias, puesto que en muchos países, la primera asistencia a personas con síntomas de COVID-19 fue de modo remoto. Se organizó así porque era necesario evitar que tanto las unidades de urgencia y emergencia cuanto los consultorios médicos se volvieran fuente de contagio, lo que sin embargo ha acontecido, por lo menos en una primera fase (Garantini et al. 2020).

Por tanto, es evidente que en esta circunstancia la tecnología actuó como una enorme “cuenca” en cuanto que aquellos individuos, núcleos familiares y grupos sociales que pudieron —y pueden hoy— contar con mejores competencias digitales y recursos tecnológicos (acceso a internet y

confianza con su uso, posesión de smartphones, computadoras, etc.) también pudieron gozar de una asistencia sanitaria más completa y oportuna.

La relación entre *digital divides* y desigualdades en salud, en efecto, representa un gran desafío para las sociedades contemporáneas, en que se fomentan procesos de innovación tecnológica cada vez más intensamente a pesar de la escasez de evidencias empíricas sobre el impacto social que generan esos procesos (Botrugno 2020b). Esto está claro porque a pesar de los beneficios que las nuevas tecnologías genera, también conllevan el riesgo de incrementar las divisiones que separan a aquellos/as ciudadanos/as que pueden contar con esas innovaciones de aquellos/as que no pueden acceder a ellas. El resultado es un incremento de las desigualdades sociales y económicas, lo que puede ser entendido como una nueva forma de violencia estructural (Farmer 2004). Desde un punto de vista diferente, se han multiplicado las iniciativas cuyo objetivo es investigar y monitorear el impacto del COVID-19 sobre los fenómenos de xenofobia y discriminación social. En muchos casos, esos fenómenos han tenido como objetivo las categorías sociales que “tradicionalmente” padecen los mismos (por lo tanto, y de vuelta, ciudadanos/as migrantes y refugiados/as, personas discapacitadas, personas ancianas, etc). En otras circunstancias, estas iniciativas mostraron el surgimiento de discriminaciones relacionadas con el riesgo de propagar el virus, como aconteció en un primer momento con los/as ciudadanos/as chinos/as, y después también con los/as italianos/as que se encontraban afuera de sus países.

5. Conclusiones

La tecnología está asumiendo un papel creciente dentro de las sociedades contemporáneas, y el advenimiento de la pandemia ha generado una aceleración notable de la transición de nuestras vidas hacia el mundo de lo digital y de lo virtual. Como he descrito en este ensayo, este papel es de carácter ambivalente, lo que muchas veces choca con la idea determinista de que los procesos de innovación tecnológica apenas generan ventajas

para los individuos y las sociedades (Botrugno 2018a)

Si es innegable que la tecnología puede facilitar el acceso a los servicios, y por lo tanto, incrementar el respeto activo por los derechos fundamentales, también es evidente que esta puede exacerbar las brechas socioeconómicas en detrimento de aquellos grupos sociales que más sufren de las desigualdades, y en particular de las desigualdades en salud.

En este contexto, razonar sobre el papel de las nuevas tecnologías en las sociedades contemporáneas requiere moverse dentro de una perspectiva de ética pública, y por lo tanto, fuertemente orientada hacia la equidad, la inclusión y la justicia social, lo que corresponde plenamente al enfoque de la bioética cotidiana (Botrugno 2018b). En particular, esto implica mirar a la tecnología como un medio no neutral, o sea como un medio que, por un lado, lleva consigo finalidades preestablecidas, y por el otro, es calibrado para usuarios predeterminados. Esto atribuye al Estado un “deber de activarse” para redireccionar el desarrollo de las políticas de innovación tecnológica con el objetivo de orientarlas para el bienestar de toda la población y no apenas de algunas élites.

Recibido 5-7-2020
Aprobado 12-9-2020

Bibliografía

- AGAMBEN, G., 2020. L'invenzione di un'epidemia, 26 febrero de 2020, disponible en <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>, consultado el 29 junio de 2020.
- BERLINGUER, G., 2000. Bioética cotidiana, Giunti, Firenze.
- 2003. Everyday Bioethics: Reflections Bioethics Choises Choices, New York, Baywood Publisher.
- BOTRUGNO, C., 2018a. From Divine Healing Powers to the Tyranny of the Virtual Gaze: Medical Practice and the Technological Imperative in Healthcare, in LEONE, M. et al. (eds.) Tools of Meaning. Representation, Objects, and Agency in the Technologies of Law and Religion, pp.163-176, Aracne, Roma.
- 2018b. Everyday Bioethics, Migrations, and Healthcare: Weighing the difference, L'Altro Diritto, 1, pp.78-101.
- 2019a. Information technologies in healthcare: enhancing or dehumanising doctor-patient interaction?, Health, vista previa de impresión en <https://doi.org/10.1177/1363459319891213>.
- 2019b. Towards an ethics for telehealth, Nursing Ethics, 26(2), pp.357-367.
- 2020a. Telemedicina ed emergenza sanitaria: un grande rimpianto per il nostro paese, Biolaw Journal, 1 suppl., pp.691-696.
- 2020b. La nuova geografia del diritto alla salute. Innovazione tecnologica, relazioni spaziali e forme di sapere, IF Press, Roma.
- 2020c. Tecnologie dell'informazione e della comunicazione e tutela della salute: le sfide aperte tra protezione, circolazione e riutilizzo dei dati”, Diritto & Questioni Pubbliche, 2 (en impresión).
- EDPB [European Data Board Protection], 2020a. Guidelines 04/2020 on the use of location data and contact tracing tools in the context of the COVID-19 outbreak, adoptado el 21 de abril de 2020; disponible en https://edpb.europa.eu/sites/edpb/files/files/file1/edpb_guidelines_20200420_contact_tracing_covid_with_annex_en.pdf, consultado el 29 de junio de 2020.
- 2020b. Statement on the processing of personal data in the context of the COVID-19 outbreak, adoptado el 19 de marzo de 2020; disponible en https://edpb.europa.eu/our-work-tools/our-documents/outros/statement-processing-personal-data-context-covid-19-outbreak_en, consultado el 29 de junio de 2020.
- ESPOSITO, L. & PEREZ, F., 2014. Neoliberalism and the Commodification of Mental Health, Humanity & Society, 38(4), pp.414-442.
- EVANS, R.G. & STODDART, G.L., 1990. Producing health, consuming healthcare, Social Sciences and Medicine, 31(12), pp.1347-1363.
- FARMER, P., 2004. An anthropology of structural violence, Current Anthropology, 45(3), pp.305-325.
- FLEMING, D.A., EDISON, K.E. & PAK, H., 2009. Telehealth Ethics, Telemedicine & E-Health, 15(8), pp.797-803.

- GARATTINI, L., ZANETTI, M., & FREEMANTLE, N., 2020. The Italian NHS: What Lessons to Draw from COVID-19? " *Appl Health Econ Health Policy*, 18(4), pp.463-466.
- GREENHALGH, T., WHERTON, J., SHAW, S. & MORRISON, S., 2020. Video consultations for covid-19, *BMJ*, 368, m998, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>.
- HA, F.J. & LONGNECKER, N., 2010. Doctor-patient communication. A review, *The Ochsner Journal*, 10, pp.38-43.
- LATEEF, M., 2011. The practice of telemedicine: Medico-legal and ethical issues, *Ethics in Medicine*, 27(1), pp.17-24.
- LEAR, S.A., 2018. The delivery of cardiac rehabilitation using communications technologies: The 'virtual' cardiac rehabilitation program, *Canadian Journal of Cardiology*, 34, pp.278–S283.
- LOWN, B., 2007. The commodification of healthcare" PNHP, disponibile en https://www.pnhp.org/publications/the_commodification_of_health_care.php, consultado el 20 de maio de 2020.
- MAHMOUD, H. & VOGT, E., 2018. Telepsychiatry: An innovative approach to addressing the opioid crisis, *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 46, pp.680-685.
- MUNIR, K., AHMAD, K.H. & MCCLATCHEY, R., 2015. Development of a large-scale neuroimages and clinical variables data atlas in the neuGRID4You (N4U) project, *Journal of Biomedical Informatics*, 57, pp.245-262.
- OMS, 2010. Report on the second global survey on e-health, disponibile en http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf, consultado el 20 de junio de 2020.
- OHANNESSIAN, R., DUONG, T.A., & ODONE, A., 2020. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action, *JMIR Public Health Surveill*, 6(2), p.e18810.
- OSORIO, J.H., 2011. Evolution and changes in the physician-patient relationship. *Colombia Médica*, 42(3), pp.400-405.
- PELLEGRINO, E.D., 1999. The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic, *Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3), pp.243-266.
- LA REPUBBLICA, 2020. Coronavirus, la censura cinese sui social è iniziata il 31 dicembre 2019, 9 marzo de 2020, disponibile en https://www.repubblica.it/tecnologia/socialnetwork/2020/03/09/news/la_censura_cinese_sui_social_e_iniziata_il_31_dicembre_2019_ecco_come-250727832/
- SMITH, A.C., THOMAS, E., SNOSWELL, C.L., HAYDON, H., MEHROTRA, A., CLEMENSEN, J., & CAFFERY, L.J., 2020. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19), *JTT*, 26(5), pp.309-313.
- ZHOU, X., SNOSWELL, C.L., HARDING, L.E., BAMBLING, M., EDIRIPPULIGE, S., BAI, X. & SMITH, A.C., 2020. The role of telehealth in reducing the mental health burden from covid-19, *Telemed J E Health*, 26(4), pp.377-379.
- ZUBOFF, S., 2020. The Author of *The Age of Surveillance Capitalism* Is Surprisingly Optimistic About the Post-COVID World, entrevista de Keating, J., 8 maio de 2020. disponibile en <https://slate.com/technology/2020/05/coronavirus-shoshana-zuboff-surveillance-capitalism-interview.html>, consultado el 12 de maio de 2020.