

Entrevista al Dr. Claudio Capuano, 2020¹

¿Cómo vivís como médico esta situación inusitada de pandemia?

Con treinta años de experiencia, y los últimos veinte años en medicina crítica, necesité un mes para acostumbrarme y adecuarme a la nueva forma de atención al paciente. No solo para usar los equipos de protección personal sino también para adaptarme a las formas de protección al paciente. Se requiere una cúpula de acrílico en la cabeza donde se meten las manos para poder trabajar sobre la cabeza del paciente y poder preservar y cuidar los signos vitales. Ahora no me resulta incómodo pero igual termino adolorido, cansado, deshidratado. De todos modos, no sé si la pandemia es algo tan inusitado para la gente que está en el tema. Hay un documento de 2007 de la OMS que ya dice que no se puede predecir cuándo se va a producir la próxima pandemia de gripe y que desde el siglo XVI el mundo experimentó un promedio de tres pandemias por siglo. Este documento de la OMS se llama *Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de la salud pública para una gripe pandémica* y, como te decía, es de 2007. Hay un documento de septiembre de 2019 preparado para la OMS que se llama *Un mundo en peligro: informe anual sobre la preparación mundial para las emergencias sanitarias*. Uno de los capítulos se titula "Prepararse para lo peor, la pandemia causada por un patógeno respiratorio letal y que se propague rápidamente". Con esto quiero decir que, si uno empieza a sumar los cambios que hay en el medio ambiente, los cambios que hay en la alimentación de las personas, la alimentación de *feedlot*, los cambios que hay a nivel de aglomeraciones de patógenos que pasan de animales a seres humanos, se ve que esto es algo que los epidemiólogos tienen bastante presente. Si hablamos de un

Gimena Mendoza

Profesora de Filosofía (FFyL, UBA)
Diplomada en Bioética (FLACSO)
gimena.mendoza.torres@gmail.com

1. Médico doctorado (UBA). Magíster en Bioética y Derecho (Universidad de Barcelona). Coordinador de la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina (UBA). Director del curso de posgrado en Derechos Humanos y Ética de la Investigación (UBA). Profesor de Bioética (UBA). Presidente del Comité de Bioética (Instituto Lanari). Su tesis de doctorado se titula "La ética médica cuando se violan los Derechos Humanos". Allí compara el rol del médico Antonio Vallejo-Nágera durante el franquismo con la última dictadura cívico-militar, e investiga la influencia de dicho médico para establecer las bases científicas que justificaron la apropiación de niños.

documento escrito el año pasado en septiembre del año 2019, se ve que ya se está esperando algo; yo lo que me imagino con esto es que nos vamos a tener que empezar a acostumbrar a este tipo de epidemias. Tuvimos en 2007 la gripe A y en 2020 fue más fuerte con el COVID-19.

¿Qué problemáticas propias de la bioética te parece que están más presentes cuando se piensa en la pandemia por COVID-19?

Me da la impresión de que esta pandemia trajo determinado tipo de problemas. Si bien algunos estaban latentes, ahora se evidencian mucho más. Una primera cuestión a considerar es la situación de excepcionalidad. Creo que nuestros nietos van a hablar de esto y van a pensar en la época en que el mundo entró en cuarentena. Otra cuestión importante, que no es nada menor, es la incertidumbre. Si bien las sociedades modernas se caracterizan por la incertidumbre, el hecho de que hoy haya una pandemia y un virus, que es letal en un determinado porcentaje de la población, genera una incertidumbre terrible. Además veo desde el ámbito subjetivo y también objetivo que se ha puesto en situación de vulnerabilidad a todos los equipos de salud. ¿Por qué desde lo subjetivo? Yo por lo menos viví varias pandemias, por ejemplo la gripe A y el VIH, y no había una subjetividad de riesgo. El profesional sabía que se cuidaba y, salvo que tuviera un problema muy severo en la asistencia sanitaria, no tenía por qué contagiarse. Hoy en día te contagiás muy fácil y en cualquier lugar. Peor es la situación que se da en los lugares de concentración de COVID-19. De hecho, se calcula que hay un 20% de equipos de salud que están contagiados hoy en día. La otra cuestión que veo es que hay un cambio en la relación médico-paciente: no es lo mismo la medicina basada en función del individuo en una relación autónoma, que la medicina basada en función de una política sanitaria. Acá el eje no es la preferencia de un determinado paciente que puede llegar a afirmar: “doctor no me quiero internar acá”. Ahora se tiene que internar porque está mal. La otra cuestión que es muy importante también para mí, es la característica que tiene el paciente con COVID-19. Quiero comentar toda la cronología de un paciente complicado con COVID-19. Hay un 80% de pacientes que cursa la enfermedad casi sin síntomas y, a pesar de que no son internados, son aislados. El otro 20% lo integran pacientes que cursan con síntomas, que son internados y son aislados. Es decir, en ese 20%, los que empiezan a tener síntomas son llevados a un lugar, son aislados y no ven a sus familiares hasta que salen de ahí; si la situación se complica tampoco los ven. Dentro de ese 20% hay un 5% que entra a la terapia intensiva,

y de esos hay un 3% que se complican aun más y entran a la unidad de cuidados intensivos. Desde que los internan, esos pacientes no tienen más contacto con la familia, ni siquiera tienen roce de piel con nadie. Esto da una pauta de qué características tienen estos pacientes que difieren de las de un paciente terminal. En este último caso, la familia está preparada porque el paciente se viene sintiendo mal. Esto quiere decir que pueden ser pacientes jóvenes, pueden ser pacientes añosos, pacientes que estaban bien y que de repente se descompensan, pacientes que se pueden curar —a diferencia de un paciente terminal oncológico que uno sabe que ya se acerca inexorablemente el final de su vida— y que, cuando se recupera, se recupera bien. Ahora, todas estas características van sumando un cambio en las relaciones sociales y este cambio se da también, por ejemplo, con el aislamiento social obligatorio. Doy un ejemplo: si mañana dicen que no hay más aislamiento social obligatorio, vos no vas a recibir a nadie en tu casa, no vas a festejar un cumpleaños con cincuenta personas, porque el virus sigue circulando. Las características que tiene nuestro país, más allá de que se pueda o no hacer la comparación con Europa, hacen que tengamos que hablar de barrios populares, de gente en situación de vulnerabilidad si bien ahora estamos todos vulnerables. Pero hay que decir que algunos son más vulnerables que otros. Y la otra cuestión que hay que tener en cuenta es que, a partir de los cambios en las relaciones sociales, hay un cambio también en todas las relaciones sanitarias y este se da dentro del equipo de salud. Yo, por ejemplo, estoy atendiendo con toda la protección, y el contacto con el cirujano es continuo, nos tenemos que gritar y no nos entendemos, no nos escuchamos. Terminamos después de ocho o diez horas, sin poder tomar algo, con un aumento de temperatura corporal. Pero, más allá de esto, termina la cirugía y él está a dos metros, yo me baño en alcohol y él se baña en alcohol. Cambia la forma, salimos a hablar con la familia y hablamos de otra manera. Otra situación se genera entre el equipo de salud y la institución, y acá hay un problema que es bastante importante y quienes son funcionarios de la salud no han podido resolver. De los profesionales de salud, los que más se contagian por COVID-19 son los que se desempeñan en áreas críticas, terapia intensiva, anestesia, enfermería y funciones técnicas. Y el contagio es por la aerosolización que se da, por lo general, cuando se intuba un paciente y cuando se lo pone en el respirador. Ahora cambiaron todos los protocolos para realizar procedimientos sobre el paciente, como el de intubación que es uno de los momentos de mayor aerosolización. Yo si tengo que intubar, tengo que hacerlo con una cúpula de acrílico, meto las manos, intubo con

todo eso que cuesta. Yo tengo más *expertise* que un terapeuta, el terapeuta no lo puede hacer. El terapeuta no lo hace así y tiene muchas más chances de infectarse. Cuando se infecta sale de circulación, se infecta él, sus compañeros, las familias, y está un mes fuera de circulación. ¿Quién va a reemplazar a ese terapeuta? No hay reemplazo, entonces mandan a anesthesiólogos, que tienen muy buen manejo de vía aérea pero no son terapeutas. Se contagian entonces los anesthesiólogos y después vienen los clínicos. Y se podría generar la situación dramática de Italia, Francia, España y Estados Unidos, donde los dermatólogos y oftalmólogos, por ejemplo, terminaban atendiendo en la terapia intensiva. ¿Qué es lo que pasa desde el punto de vista sanitario? Aumenta muchísimo la mortalidad de los pacientes porque no saben cómo proceder. No solo hay un recurso técnico finito sino que también hay un recurso humano finito. Entonces, ¿cómo se podría resolver esto? Implementando un comité de crisis donde haya alguien de un comité de ética, alguien de la administración hospitalaria, alguien de cuidados paliativos. Pero no están funcionando, o funcionan deficientemente o directamente no los han formado. Esto trae otro problema, porque yo expliqué cómo se pueden contagiar los terapeutas. Si nosotros los anesthesiólogos intubamos, disminuimos el riesgo de contagio de los terapeutas. ¿Pero esto quién lo decide? Sin un comité de crisis no lo puede decidir nadie salvo que seamos amigos. Entonces, este es un gran problema que se da en el cambio de las relaciones sanitarias. Un comité de crisis es necesario cuando se ve que algo va a pasar, hay una situación de catástrofe y hace falta prepararse. Es necesario preparar el recurso técnico, los respiradores, pero también es necesario preparar el recurso humano. La Argentina cuenta con 1.100 terapeutas y otro tanto de anesthesiólogos y es muy fácil que se contagien.

¿Qué opinás cuando escuchás el discurso de algunos profesionales y de una parte de la opinión pública que afirma que no es tal la gravedad de la pandemia?

El 27 de marzo de 2020 teníamos prevista una actividad de la cátedra, que era la entrega de los legajos de los compañeros desaparecidos a sus familiares en el aula magna de la Facultad. El 3 de marzo empezaba a asomar el COVID-19 en nuestro país, y fue entonces cuando decidí, junto a otros compañeros, levantar la actividad pues considerábamos que era muy peligroso por la alta probabilidad de contagio. Por esta actitud, fuimos muy criticados en su momento, porque nos decían que la tasa de mortalidad del COVID-19 era baja. Yo argumentaba que era mayor que la de una cirugía

cardiaca. Y si observamos, la tasa de contagios y el número de muertes se iban a multiplicar por miles si no se hacía algo; juntarnos en un acto podía ser muy peligroso, pues había altas chances de contagio de esta enfermedad. Obviamente esto pasó porque algunos compañeros, en su momento, no dimensionaron la envergadura del problema. Hoy en día hay más de 100 mil infectados y se supone que con los portadores, aquellos que están sanos con virus y que pueden infectar, quizás sean muchos más. Esto hay que pensarlo multiplicado por millones. Se piensa que un 3% es poco, y es poco en determinada cantidad de población. Cuando se va sumando se abarrota la terapia intensiva, y si a esto se le agregan todas las patologías invernales, el sistema sanitario colapsa. Para mí hay una mirada falaz en el discurso de los anticuarentena. ¿Esa mirada falaz cuál es? Pensar que hay que encerrar a los mayores de 60 años y que todo el mundo salga. Hay gente de 30 años, 6 años, 20 años que está muriendo. Dicen, por ejemplo, que tienen diabetes pero yo te digo que no lo sabían. Entonces, por un lado se expone a la población a una situación de riesgo mucho peor. Pero por otro lado, vivimos en una sociedad capitalista donde todo es utilitario, la mirada es utilitaria. Algunas políticas sanitarias deben tomarse desde una concepción utilitarista. Como ejemplo se puede pensar en los planes de vacunación: la idea es lograr que la mayor cantidad de la población esté vacunada así no puede contagiarse o así no transmite alguna enfermedad. Ahora, plantear la atención a una persona desde una mirada utilitarista, desde mi punto de vista, es criminal. Porque en realidad se está dejando afuera un montón de parámetros que hay que discutir. Si se habla de utilidad social, como han hecho en España algunos sectores, yo discuto y pregunto ¿qué es la utilidad social? En Italia, a la gente de 80 años que empezaba a andar mal, ya no se la atendía. Entonces son discusiones que hay que dar. Al menos mi posición es que cualquiera de los que estamos con algún tipo de función tenemos que ser muy responsables, porque lo que uno vio en otros lugares es el infierno, gente joven y grande muriéndose sin poder atenderse y obvio que siempre se puede mejorar. La otra mirada es que muchos de los que discuten tienen una mirada concepción muy capitalina, muy narcisista y muy desde el centro, la Capital, o sea, no todo el país está así. Entonces yo creo que es una cuestión que uno tendría que ver.

En marzo, la revista *EPM Magazine* (European Pharmaceutical Manufacturer) indicó que la compañía Open Orphan comenzaría a reclutar voluntarios para inocularles cepas de coronavirus como la OC43 y 229E, en lo que se denomina modelo de infección humana controlada o “challenge study”. Distintos medios han informado que a cada voluntario se le pagaría la suma de £ 3.500. ¿Qué opinás sobre este tipo de estudios? ¿Qué problemas éticos te parece que surgen en estos casos?

En realidad hay muchos problemas éticos. Primero no vi el protocolo, pero cuando se ofrece tanto dinero es por algo. Después me gustaría saber cómo se protege a ese sujeto de investigación y cómo se salvaguardan sus derechos. La otra cuestión que veo es la necesidad de ver si es pertinente; otro problema es a quién le va a pertenecer esta producción de conocimiento y si todo el mundo va a poder acceder. La gran pelea que se va a dar es que, luego de que salga una vacuna, todo el mundo pueda ser vacunado gratuitamente.

La página <https://1daysooner.org/> invita a inscribirse a las personas que quieran ser voluntarias para participar en investigaciones en las que se inocule el virus del COVID-19 y, de este modo, acelerar los procesos de desarrollo de una vacuna. Se especifica que cada laboratorio decidirá si brinda una compensación o no, pero que los bioeticistas recomiendan que no haya remuneración alguna. El filósofo Peter Singer afirmó en una entrevista reciente para el diario Perfil que en esos casos “hay un buen ejemplo de altruismo que podría ayudarnos a superar la pandemia más rápidamente. Algunas personas que trabajan en ética cuestionaron si sería aceptable usar voluntarios humanos, en lugar de pasar por el lento proceso de inoculación de pruebas. Pero si las personas están bien informadas y dispuestas a ofrecerse como voluntarias para hacer el bien y asumir el riesgo por sí mismas, puede no ser un riesgo significativo si son jóvenes y saludables”. ¿Estás de acuerdo con esta afirmación?

No estoy de acuerdo. Me suena a muchos colegas anticuarentena que están en la casa. La idea es que otros pongan el cuerpo y peleen por los demás. Lo que pasa es que esa es una mirada utilitarista; yo creo que en cualquier elección sanitaria hay que desechar una mirada utilitarista porque muchas veces tiene connotaciones que rozan con lo criminal. Cuando piden que todo sea en beneficio de la ciencia por la humanidad, se llevan puesta

gente y no estoy de acuerdo. Me parece cínico plantearlo así, hay sectores de la bioética que adscriben a todo esto, y son sectores muy importantes. Claro, porque ellos no ponen el cuerpo. Así es fácil.

En los últimos días se ha generado un fuerte debate debido a los ensayos clínicos que se realizarán en la Argentina para probar una vacuna contra el COVID-19, ¿cuál es tu postura al respecto?

Yo no leí ningún protocolo y además te cuento que estoy como presidente del Comité de Ética del Instituto Lanari, ahí no llegó. No sé el debate desde dónde plantearlo. Lo que pensaría primeramente, si hay un ensayo con una vacuna, es que se respeten los derechos del sujeto de investigación; esa es la primera pauta en la que pensaría. Como miembro del Comité de Ética te digo que lo que se puede definir (esto viene desde la Declaración de Helsinki en adelante), son las obligaciones posteriores a la investigación y cuáles son los beneficios. Y en esto tiene que tallar mucho lo que es una política y el corpus de ese sujeto social para que, si esto sale bien, se defina la atención gratuita a toda la población que pueda acceder a esa vacuna. Te recuerdo que en el inicio de la pandemia, faltaban barbijos en todo el mundo; faltaban los N95 y más de un país los compró pero, cuando el avión paraba, otro país los decomisaba. Así que no sé si esto se va a poder hacer así, no sé tampoco cuáles son los acuerdos. Lo cierto es que la Argentina tiene una industria y recurso humano-científico-tecnológico que en la región pocos tienen. No puedo decir por qué fue la elección de esto sin ver el protocolo. Yo recuerdo que hace un tiempo querían armar un gran laboratorio público de medicamentos en Venezuela, tenían el dinero pero lo que no tenían eran recursos humanos para hacerlo, por ejemplo.

¿Creés que la pandemia ha generado, o quizás evidenciado, algún tipo de violación o incumplimiento de los derechos humanos?

Creo que, a diferencia de los que dicen que la pandemia iguala, creo que la pandemia desiguala. Acá la gran carga de fallecimientos la va a tener la gente sin recursos, los que vienen mal alimentados, los que no pudieron acceder a la salud en mucho tiempo, los que no pudieron acceder a planes de vacunación y a tantas otras cosas. Los que viven tomando agua en mal estado, los que viven al lado de lugares que se contaminan o están contaminados, ellos son los primeros que van a padecer desgraciadamente. Es por ello que pienso que, más que igualar, la pandemia desiguala. Yo veo que, si bien hay algo acertado con respecto a la cuarentena (yo estoy de

acuerdo con la cuarentena e incluso creo que tendría que haber sido más estricta), tácticamente se han equivocado en no atender las otras patologías que son muy importantes. Ya hay un triage social que se viene haciendo desde la política de los últimos años, esto que te venía hablando desde la desigualdad. ¿Por qué una persona de un barrio humilde tiene determinada enfermedad que se podría prevenir a los treinta años? Quizás porque nadie lo vio, es parte de ese triage que desgraciadamente es la desigualdad que tenemos y no ha cambiado. Esta es una parte, es lo que te decía de las patologías no atendidas. Otra parte está relacionada con el hecho de que tiene que haber una presencia mucho más fuerte del Estado; yo estoy en mi casa y me entra dinero por el hospital porque soy médico de planta, pero a la gente que vive de changas ¿qué le pasa? Esto es algo que hay que empezar a ver y verlo rápidamente. Porque acá la cuestión es que tenés mucha gente que está afuera de lo que es el sistema sanitario.

En un contexto en el que el discurso de defensa extrema de la propiedad privada tiene un singular protagonismo, se discuten cuestiones como la idea de que el acceso al agua potable sea solo para aquellos que puedan pagar el servicio. ¿Cómo pensás que este tipo de discursos incide en la forma en que actualmente se prestan los servicios de salud? ¿Qué respuestas da la bioética a estas problemáticas?

Creo que la única respuesta que da la bioética es la de la reflexión, y la reflexión viene del lado de la bioética latinoamericanista. Porque desde la bioética liberal, a la que adscriben muchos sectores en la Argentina y en el continente, ni se plantea esto. La pregunta es por qué se tiene que pagar para acceder al agua potable, pagar para acceder a la salud. Todo lo que tiende a universalizarse va a estar relacionado con ir ganando derechos. El tema es cómo se ganan derechos y de qué forma. Hay una cuestión que mal o bien está muy planteada. Lo hablo desde el punto de vista médico de asistencia sanitaria y tiene que ver con los dobles estándares de atención. Acá se forman en el público para ir al privado. Está la subjetividad muy marcada con respecto a lo que es lo privado. No olvidemos que antes de esta pandemia estuvieron las epidemias de sarampión, de dengue, de chikungunya, y son epidemias de pobreza; se ve que no se pueden sostener determinados tipos de cuestiones sanitarias y, si a esto se le suma la desnutrición, vamos a ver que tenemos mucha epidemia. ¿Por qué pasa esto? Porque mucha gente no accede al sistema de salud. La Argentina ha tenido un cambio no solo

en la política sanitaria sino en la política general. La política sanitaria ha sido estipulada a través del documento de salud del Banco Mundial de 1991. O sea, acá la salud es un gasto, no es una inversión y se dividieron los servicios entre los que dejaban plata y los que no dejaban plata. Los que dejaban plata había que privatizarlos y el Estado se tenía que hacer cargo de los que no dejaban plata. Esto es del ámbito de la salud y no es solo de la década de 1990 únicamente. Te puedo decir, por ejemplo, que para el desarrollo de la vacuna contra la fiebre hemorrágica argentina participaron investigadores argentinos del Estado y, sin embargo, fue patentada por un privado. La medicación contra el mal de Chagas fue investigada por gente del Estado y fue patentada por dos laboratorios privados. Acá el tema de la salud es un negocio. El desandar esto supone que también se conforme un sujeto social que discuta esto. Ese sujeto social no está; hoy en día se le da un valor a la praxis sanitaria pero cuando termine la pandemia todo vuelve a la normalidad. Cuando perdés la salud te das cuenta de lo importante que es. Pero es difícil si no hay un corpus que vaya cuestionando, visibilizando naturalizaciones, por ejemplo en la violencia obstétrica, la violencia psiquiátrica, la violencia médica. Esto era natural hasta hace muy poco. Entonces si uno no va cambiando, evidenciando, desnaturalizando eso, es muy difícil que pueda cambiar. Al contrario, yo creo que se va a agudizar. Te doy un ejemplo: la producción pública de medicamentos. ¿Cuáles son los factores de riesgo del COVID-19? La hipertensión y la diabetes, por ejemplo. Los laboratorios públicos pueden abastecer de un antidiabético o de un antihipertensivo gratuitamente a toda la población y, por una cosa o por otra, no se hace. Se necesita poner el foco en que las personas son depositarias de deberes y derechos y el Estado necesita que estén sanas, no es un gasto. Pero no se ve así.

Me gustaría que menciones lo que una vez me contaste sobre el debate que se generó alrededor de la idea del medicamento como mercancía o como bien social en una ley en la que trabajaste.

En esa ley no estuvimos solamente los de la cátedra sino también la Multisectorial por la producción pública de medicamentos y vacunas, y otras personalidades. La Ley de producción pública de medicamentos y vacunas (Ley Nº 26.688) y la Ley de la agencia nacional de laboratorios públicos (Ley Nº 27.113) plantean en su primer artículo que el medicamento es un bien social y eso generó un debate. Decían que no tenía que ser un bien social y, ¿por qué no? Porque es un bien privado. Esta es la cuestión, este es un territorio en disputa. Estamos muy atrás en realidad; y esto a pesar de que la

Argentina hizo punta, a pesar de que la salud es considerada un derecho y hay toda una cultura en el derecho a la salud desde la época de Perón y todavía está ese marco. Hay algunos países limítrofes donde hubo gobiernos progresistas y la salud es privada.

¿Tuvieron que pelear mucho para que las vacunas y los medicamentos fueran considerados bienes sociales?

Sí, las discusiones se dieron inclusive cuando pasó al Senado. Yo conservo las cartas de las Cámaras de medicamentos que presionaban para que no se aprobara. Me acuerdo cuando fui a hablar al Senado y dije que había una cuestión de interés. Es como decir “no atiendas a este paciente porque se pierde plata”. Hay que atender a esa persona porque está mal, no por la plata. Pero ahí es donde se empiezan a enmarañar todos estos conceptos utilitaristas. Yo he estado en mesas con bioeticistas muy conocidos y escuché cómo decían que estaban a favor de la investigación y que no querían poner palos en la rueda. Cuando hablé yo, dije: “tienen tantos millones de dólares las cámaras empresarias y las compañías farmacéuticas y ustedes están defendiéndolas”. Acá el tema es desde qué lugar te parás; yo me paro desde el lugar de la protección del sujeto de investigación. Hacerlo bien y con responsabilidad. No concuerdo con todo lo demás.

En este contexto de encierro debido a la cuarentena es inevitable pensar en ciertas ideas vinculadas a la Biopolítica, al Biopoder y la medicina. De hecho Foucault en la clase del 15 de enero de 1975 del curso del Collège de France (registrado en el libro *Los Anormales*), afirma que “la sustitución, como modelo de control, de la exclusión del leproso por la inclusión del apestado es uno de los grandes fenómenos que se produjeron en el siglo XVIII [...]. En tanto que la lepra exige distancia, la peste, por su parte, implica una especie de aproximación cada vez más fina del poder en relación con los individuos, una observación cada vez más constante, cada vez más insistente”. ¿Pensás que hay una expresión del poder (entendido más allá de los gobiernos particulares) que atraviesa especialmente las distintas formas de gestionar la pandemia?

Sí, estamos controlados. Y es en virtud de la pandemia, el tema es cómo podés llegar a estar controlado. La otra cuestión de todo esto, que me hace mucho ruido y de la que no se habla, es que a un paciente con COVID-19

que se complica lo aislás. Esto que se está haciendo es una forma de exclusión y se lo aísla de todos sus afectos. Imaginate estar en esos lugares, es muy complicado. El aspecto de salud mental no está visto, por ejemplo. Es un poder que te está dictando, es lo que te decía en la relación médico-paciente en función del individuo. Fuera de la pandemia hay preferencias, no hay limitación de derechos; en función de las políticas sanitarias hay limitación de derechos y no te dejan preferir.

El filósofo Paul B. Preciado dijo en un artículo reciente que ha existido una comprensión inmunológica de la sociedad que no acabó con el nazismo, sino que, al contrario, ha pervivido en Europa legitimando las políticas neoliberales de gestión de sus minorías racializadas y de las poblaciones migrantes. Afirma que “se reproducen ahora sobre los cuerpos individuales las políticas de la frontera y las medidas estrictas de confinamiento e inmovilización que como comunidad hemos aplicado durante estos últimos años a migrantes y refugiados —hasta dejarlos fuera de toda comunidad—. Durante años los tuvimos en el limbo de los centros de retención. Ahora somos nosotros los que vivimos en el limbo del centro de retención de nuestras propias casas”. Desde una mirada más latinoamericanista, ¿qué análisis se puede hacer acerca de esta visión de lo inmunológico y de la gestión de minorías en nuestra región?

Acá lo votaron a Macri, en Brasil a Bolsonaro, en Bolivia hay otro fascista, en Chile otro tanto, hay una parte de la sociedad que se ve a sí misma, ve a otros sectores y piensa: “tengo que vivir gracias a vos”. Esto es lo que ha pasado en Chile, ¿cuántos años? treinta años, cuarenta años, con el 40% de la población en la pobreza. Acá, si uno lo ve desde el punto de vista hasta histórico, ¿de quién se vivía? De los pueblos originarios, del gaucho, del criollo. Esto se evidencia hoy en día, ¿de qué manera? A mí me parece que cuando se ve a los antiderechos y se ve a tantas personas con tanto odio por otra gente que consiguió derechos, uno se pregunta ¿qué es lo que los mueve? El problema es ver que el otro consiguió derechos. Cuando ves ese tipo de reacción, uno se pregunta cómo contener eso, porque esto está en todas las sociedades. Además, acá hay trabajos que no hacen los que están en la Argentina y vienen de afuera a hacerlo y nadie toma los trabajos esos. Hace cien años atrás eran los italianos, era esa chusma ultramarina que venía en vez de los ingleses y los alemanes. Y también, los grandes prohombres

de la ciencia nuestra, médicos, ingenieros y científicos, se formaron en la Alemania de la década de 1920 y 1930, era una época en que epistemológicamente la ciencia era racial, había un tipo de valores en la sociedad cuando vos pertenecías a esa sociedad y eras de esa raza. Ahora, si salías de ahí y eras un otro, te tenías que arreglar, y lo más probable es que te iban a violentar. Si no hay políticas activas en las sociedades desde los órganos ejecutivos, si no hay sujetos sociales que impulsen constantemente esto, lo más probable es que rebrote este tipo de situaciones, más en un momento de pandemia y de problemas económicos.

Los argumentos que se ponen en juego cuando se discute la eutanasia, el retiro del soporte vital o la futilidad de un tratamiento siempre ponen en el centro de la discusión el debate referido a lo que a veces se denomina la santidad de la vida y la calidad de vida. El filósofo Peter Singer afirmó que la salud no es todo lo que importa, sino que hay que comparar realmente el impacto que diferentes políticas tienen sobre el bienestar general. ¿Cuál es tu posición con respecto a esto?

Primero, el comentario de Singer es utilitarista. Esto pasa al preguntarse qué es lo mejor para la sociedad, pero el tema es qué considerás vos mejor para la sociedad. Si considerás que lo mejor para la sociedad es que los obreros que están en la fábrica estén todos enfermos, produzcan lo mismo y no importe, es un tema. Por otro lado, cuando hablamos de los dilemas del final de la vida, los retiros de soporte vital, futilidad, hay parámetros que son muy universales en la medicina crítica. Por ejemplo, el índice de recuperabilidad del paciente no solo depende de la edad; si se va a recuperar o no depende de muchas pautas. El tema de esto es cómo se hace. Si le das un contexto de medio ambiente (vamos a Lamarck), donde lo que hay que generar es el dinero, entonces hay que hacer lo que hicieron Italia, España y Estados Unidos: a los mayores de ochenta años no los atendemos, que se mueran. Ahora si el contexto está basado en el ámbito del derecho a la salud, a todo el mundo hay que darle esa oportunidad.

¿En qué sentido se puede pensar que las medidas de los gobiernos son paternalistas y van en detrimento de las libertades individuales?

Hay un conflicto, pero el conflicto es porque ya la relación sanitaria es en función de la política sanitaria, no de la relación médico-paciente. Estos

conflictos éticos que se dan en los cambios de incumbencia se producen por este tipo de pandemia, no aparecen en otra situación. Pero es así. Yo soy muy pesimista con respecto a esto. Yo discuto con varios colegas y compañeros. Una persona me dijo que estaba cansada de que le digan qué tiene que hacer. Le pregunté si estaba yendo a trabajar y me dijo que no estaba yendo porque era población de riesgo. Le pregunté entonces por qué estaba cansada si la estaban cuidando. En todo caso que salga, se enferme y haga lo que quiera, pero que se haga cargo. Hay también toda una mirada muy adolescente, no quiero ser prejuicioso pero si el argumento es que están atentando contra la libertad individual, que sepan que pueden hacer lo que quieran haciéndose responsables de lo que les pase.

Uno de los grandes problemas éticos que puso en evidencia la pandemia es el de tener que decidir a quién asistir cuando hay escasez de recursos. ¿Cómo vivís esto como médico y qué argumentos podés aportar como bioeticista?

Existe el *triage* del que muchos hablan, inclusive la iglesia católica habla mucho del dilema de la última cama. A mí me parece que nosotros, si bien puede ser que estemos cerca, todavía nos falta bastante para llegar a eso. Ahora, no me parece justo que un médico o un enfermero tengan que retirar un soporte vital porque las gestiones políticas durante años no le han dedicado nada a la salud. O sea, en este caso, ese miembro del equipo de salud es un eslabón más que es vulnerable junto con el paciente y el Estado desertor lo quiere hacer responsable de ese último accionar, de tener que elegir. Porque, en realidad, el que ya eligió fue el Estado no dándole el aporte durante años. Por otro lado, me da la impresión de que existe la subjetividad de cierto imaginario médico donde el médico es omnipotente y elige entre la vida y la muerte; pero después como médico en algún momento lo pagás y lo pagás muy mal cuando te das cuenta. No tenés vuelta atrás, porque estuviste atendiendo en forma equivocada. Tiene que haber muchas alternativas terapéuticas y ahí voy a las respuestas de las primeras preguntas: el deber del Estado es preservar el cuidado de la población y de quienes atienden. Viendo el cuidado de quienes atienden también como un acto solidario. Porque si yo me cuido no solo cuido a los demás, sino que voy a poder atender a pacientes presentes y futuros. Para cuidarme, el Estado me tiene que dar algo material que son los equipos de protección personal, por ejemplo, o crear el comité de crisis para que el terapeuta no se enferme y que vaya yo a intubar, que podamos hacer turnos y tengamos

menos chance de enfermarnos. Esta cuestión del *triage* fue creada en las guerras napoleónicas y a los primeros que había que salvar era a los oficiales, después a los suboficiales, luego a los soldados propios y por último al enemigo. En este lugar, los que están ocupando el sitio de oficiales porque son los que van a seguir curando o atendiendo son los médicos o los enfermeros. Acá es donde me empieza a hacer ruido la gran cantidad de médicos y enfermeros infectados. Se soslaya ese cuidado y yo creo que habría que poner más la lupa en eso.

¿Creés que después de la pandemia habrá un cambio en las políticas sanitarias?

En realidad soy bastante escéptico, no creo que vaya a haber un cambio en las políticas sanitarias. De hecho, yo creo que la expresión de este cambio en la pandemia fue la urgencia por el colapso, aunque espero que haya cambios. Veo que hay algunos indicadores que no creo que cambien. Quizás queda una acción refleja de la sociedad o de algunos funcionarios, pero sin un aumento de presupuesto no va a cambiar; lo que se hace es administrar la pobreza. Yo venía diciendo siempre, antes de la pandemia, que nosotros estamos acostumbrados a una normalidad y esa normalidad es la catástrofe regularizada. Hablo de catástrofe en este sentido: si uno toma los índices de muertes por enfermedades que se previenen, de todo tipo y en todas las edades, se puede observar que han cambiado poco en estos años. Tengo una visión un poco pesimista desde la razón aunque con el corazón me gustaría ser optimista.

¿Considerás que la ética puede generar una reflexión que posibilite un cambio en las políticas públicas sanitarias?

Es un territorio en disputa, el de la salud y el de la política. Hay una corriente muy fuerte en nuestro país y en Latinoamérica que es la de la bioética más liberal. Esa disputa que uno ve en la sociedad también se observa en todos los aspectos y siempre va a depender de quién predomine. Como te decía antes, está Bolsonaro en Brasil, hay un golpe de estado en Bolivia y, justamente, salvo algunos autores que son muy respetados, no hay alguien que sobresalga en la bioética por la denuncia, por lo que está pasando. Es como que esa disputa pasó desde la academia a la calle y parece que todavía no hay ganadores.

Vos sos uno de los referentes de esta perspectiva de la que hablábamos dentro de la bioética, ¿qué otros referentes hay en la Argentina?

Yo soy uno más, no es que soy un referente en esto. Referentes son, por ejemplo, Víctor Penchaszadeh, en su lucha por la restitución de los niños que fueron secuestrados por la dictadura, el Dr Ricardo Martínez, ex Director del ANMAT (la mejor gestión), también María Luisa Pfeiffer y hay otros más en América. Pero en realidad, son muy pocos los espacios institucionales que se otorgan a este tipo de corrientes. No tienen todavía un anclaje académico que descuelle.

¿Considerás que la pandemia generó nuevas reflexiones al interior de la bioética?

Sí, generó reflexiones. Yo lo que veo es que tenemos una parte de la bioética que se ocupa más de la pérdida de las libertades individuales y es una bioética liberal que no es confesional; tenemos otra parte de la bioética que plantea trabajar en función del derecho a la salud. En función de preservar la salud, a veces es necesario limitar libertades individuales. También este es un territorio en disputa. La otra reflexión que se da está vinculada a lo necesarios que son los sistemas de salud, pero no sé cuánto va a durar. No sé si después de la vacuna, la discusión va a pasar por otro lado. Veníamos de un gobierno que decía que no era necesario que la salud tuviera un ministerio y lo convirtió en secretaría. Esto más que económico fue una impronta fuerte que se le dio a la sociedad, un símbolo, y ese símbolo lo apoya un sector de la sociedad. La gran discusión que se da es que, si bien la Argentina desde hace varias décadas ve a la salud como un derecho inalienable, quizás esto podría servir para profundizar algunos temas. Uno de esos temas es que todo el mundo acceda a la salud y sea universal. No creo en soluciones mágicas, creo que va a ser una disputa que va a durar mucho tiempo.

¿Querés agregar algo más o hacer una reflexión final?

Sí, quiero decir que considero que la salud en estado de normalidad es un estado de catástrofe permanente naturalizado. Si vemos los índices de salud de la población previos a la pandemia, sobre muertes evitables, o sea, personas que tienen alguna enfermedad y se podrían curar si tuvieran acceso al sistema sanitario, al tratamiento, vemos que estábamos en un estado de catástrofe permanente naturalizado. Estado de catástrofe producido por malas políticas sanitarias, permanente porque se da en un tiempo prolon-

gado, y naturalizado porque no es objetivable por gran parte de los actores de salud y de su población. Ahora con la pandemia, la catástrofe se profundizó y, en este sentido, se pudo objetivar lo que pasa con los sistemas de salud en gran parte de la población, por ende ya no se naturaliza. Pero además de las muertes por COVID-19, tenemos que ver todas esas muertes por las cuales no se atiende a la gente. Esta es una pelea continua, cotidiana y hay que formar ese sujeto social que lo cambie y lo impugne. La lista de espera de cirugías cardíacas sigue estando y la lista de espera de cirugías impostergables también sigue estando y son cirugías que no se hacen. Pero antes tampoco se hacía la cantidad que se necesitaba. La desnutrición crónica en la Argentina se manifiesta con el bajo peso y la baja talla. Tenemos políticas de inclusión, como existieron en algunos gobiernos, y surgen gobiernos con otro corte, digamos opuesto, que implementan políticas de exclusión. Nunca terminamos de dar esa vuelta, de consolidar algo como la producción pública de medicamentos y vacunas, la ley de salud mental, la cuestión de la violencia obstétrica, que en realidad son temas que ocupan a la sociedad constantemente. Hay que seguir disputando. Es muy nociva la mirada de la bioética desde un punto de vista muy ingenuo, considerando que no hay tensiones, pensando que todo el mundo puede acceder a los servicios de salud; esto existe desde la letra fría de un artículo de una ley pero en realidad no pasa. El acceso a determinado tipo de tratamiento no es igual para todos, por eso en alguna de las primeras preguntas lo que te planteaba es que la pandemia profundiza las desigualdades, no iguala. Y yo no sé hasta qué punto la sociedad es capaz de soportar muertos en la calle o muertos en la casa, no solo porque colapse el sistema de salud sino también porque colapse el sistema de entierros como pasó en algunos países hermanos. Por eso creo que desde el lugar en el que está uno, hay que tener una responsabilidad con lo que se dice. Soy bastante cauto con lo que hacen las autoridades, me guste o no. Porque es muy fácil hablar, pero de repente la palabra de uno, al ser médico, al ser alguien que está en salud, es escuchada por muchos y no se tiene responsabilidad si, porque uno dijo algo inapropiado, la gente sale y se contagia. Hay que ser muy responsables con respecto a esto.