

Ética y responsabilidad en la crisis

(cómo pensar este tiempo de pandemia)

Adriana Boria - Alicia Servetto
(coordinadoras)

Colección Libros
Debates, pensadores y problemas socioculturales



**Ética y responsabilidad en la crisis
(cómo pensar este tiempo de pandemia)**

Colección Libros

Debates, pensadores y problemas socioculturales



Universidad
Nacional
de Córdoba

Ética y responsabilidad en la crisis: cómo pensar este tiempo de pandemia /
Waldo Ansaldi ... [et al.]; compilación de Adriana Boria; Alicia Servetto. - 1ª ed.
- Córdoba: Centro de Estudios Avanzados.

Centro de Estudios Avanzados, 2021.

Libro digital, PDF - (Libros - Debates, pensadores y problemas socioculturales)

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-1751-97-6

1. Ética. 2. Pandemias. 3. Ciencias Sociales y Humanidades. I. Ansaldi, Waldo.
II. Boria, Adriana, comp. III. Servetto, Alicia, comp.
CDD 303.401

Universidad Nacional de Córdoba

Rector: Dr. Hugo Oscar Juri

Vicerrector: Dr. Ramón Pedro Yanzi Ferreira

Decana de Facultad de Ciencias Sociales: Mgter. María Inés Peralta

Editorial del Centro de Estudios Avanzados

Centro de Estudios Avanzados, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad
Nacional de Córdoba, Av. Vélez Sarsfield 153, 5000, Córdoba, Argentina

Directora: Adriana Boria

Coordinación Ejecutiva: Alicia Servetto

Coordinación Editorial: Mariú Biain

Comité Académico de la Editorial

M. Mónica Ghirardi

Daniela Monje

Alicia Servetto

Alicia Vaggione

Juan José Vagni

Coordinador Académico del CEA-FCS: Alejandra Martin

Coordinador de Investigación del CEA-FCS: Marcelo Casarin

Asesora externa: Pampa Arán

Diagramación de Libro: Fernando Félix Ferreyra

Corrección: Simón Juan

Responsable de contenido web: Diego Solís



Atribución-NoComercial-
SinDerivadas 2.5 Argentina

© Centro de Estudios Avanzados, 2021

**Ética y responsabilidad en la crisis
(cómo pensar este tiempo de pandemia)**

**Adriana Boria - Alicia Servetto
(coordinadoras)**

Índice

Introducción. Ética y responsabilidad en la crisis (cómo pensar este tiempo de pandemia) <i>Adriana Boria y Alicia Servetto</i>	9
Volveré y seré millones abriendo las grandes alamedas <i>Waldo Ansaldi</i>	15
Pandemias de ayer y hoy. Reflexiones histórico-demográficas <i>Cecilia Moreyra, Leandro M. González, Adrián Carbonetti y Bruno Ribotta</i>	37
La post pandemia y los posibles escenarios globales <i>Carlos Juárez Centeno y Gonzalo Ghiggino</i>	53
Pensar la teoría política en contexto de pandemia: discutir el significado del poder del Estado y sus efectos políticos <i>María Teresa Piñero</i>	67
Opinodemia: ¿discursos del saber o del creer? <i>María Teresa Dalmasso</i>	79
Cuidar, cocinar, limpiar. Transitar hacia la muerte en tiempos de covid-19 <i>Alejandra Ciriza</i>	95
Tiempos de destiempos: Experiencias, reflexiones y desafíos sobre la educación en pandemia <i>Silvia Servetto</i>	101

Prevención, promoción y protocolos: reflexiones éticas sobre estrategias médicas <i>Darío Sandrone</i>	113
Retrosos ante la pandemia del coronavirus. Supervivencia y justicia. Ecofeminismo como ética del cuidado <i>Patricia Morey</i>	129
El covid-19 y la sociedad mundial: aproximación a un cambio de paradigma en las ciencias sociales <i>Esteban Torres</i>	151
Pensar la crisis desde la comunicación, la cultura y la ciudadanía: agenda académica y política para la acción <i>Daniela Monje, Liliana Córdoba, Valeria Meirovich, Susana Morales, Magdalena Doyle y Santiago Martínez Luque</i>	167
De los autores	185

Prevención, promoción y protocolos: reflexiones éticas sobre estrategias médicas

Darío Sandrone

Breve introducción

Erewhon, la novela que escribió Samuel Butler en 1872, transcurre en un lejano país en el cual impera un extraño sentido de la justicia. Allí, las faltas morales son consideradas enfermedades. Un robo pequeño, por ejemplo, es diagnosticado como una dolencia menor capaz de curarse con un par de días de reposo. En cambio, cuando alguien comete una gran estafa, por ejemplo, se considera que padece una enfermedad seria que requiere internación, medicación y un prolongado tratamiento médico. Por el contrario, los padecimientos del organismo son concebidos como delitos que se pagan en la cárcel. A las gripes y resfriados corresponden penas menores, pero quien posea una enfermedad terminal es condenado a pasar su vida entera (que por lo general no es mucho tiempo) tras las rejas. En consecuencia, la población ha desarrollado todo tipo de artilugios para ocultar las enfermedades y dolencias, como aquella señora que se excusó por la ausencia de su marido (quien se encontraba indispuerto) «alegando que al pasar por el mercado esa mañana había robado un par de calcetines» (Butler, 2012: 123).

Es posible que con esta ficción Butler haya querido resaltar un fenómeno real que se encontraba en franca expansión a finales del siglo XIX y que será un rasgo distintivo del XX: la ampliación del campo de influencia de la medicina. Ya no solo se ocupará de los

enfermos, en cambio, mutará hacia una disciplina más general, responsable también del seguimiento y control de los actos ordinarios de los sanos. Poco a poco, el saber médico se transformará en una nueva guía de la conciencia, que dicta reglas de conducta, censura placeres y envuelve lo cotidiano en una red de recomendaciones auxiliadas por una batería de fármacos sin comparación con el pasado. Como bien cuenta la médica y filósofa francesa Anne-Marie Moulin, esta expansión moral de la medicina encuentra justificación «en el conocimiento sobre el funcionamiento del organismo y en su victoria sin precedentes sobre sus enfermedades», aunque aclara que «el control de la medicina tropieza con el límite de la resistencia de la población a renunciar a su autonomía» (Moulin, 2005: 29).

Una síntesis clara de esa tensión que marca a fuego nuestro tiempo puede leerse en «La ciencia como vocación», aquel famoso discurso que Max Weber dijera en 1919. Allí, uno de los padres de la Sociología afirmaba:

La Medicina no se pregunta si la vida es digna de ser vivida o cuándo deja de serlo. Todas las ciencias de la naturaleza responden a la pregunta de qué debemos hacer si queremos dominar *técnicamente* la vida. Las cuestiones previas de si debemos y, en el fondo, queremos conseguir este dominio y si tal dominio tiene verdaderamente sentido son dejadas de lado o, simplemente, son respondidas afirmativamente de antemano (Weber, 1979: 209).

En definitiva, el médico puede decirnos cómo vivir más, pero no si vale la pena vivir. A este respecto se han presenciado muchas batallas culturales en la historia reciente. Una de las más representativas tal vez sea aquella que desencadenó Richard Doll en 1954, cuando demostró la relación entre el tabaco y el cáncer de pulmón. Sin embargo, aún hoy la gente fuma.

La tensión entre los imperativos sanitarios y la autonomía individual han convertido a la actual pandemia de covid-19 en un trágico foro donde se ha discutido intensamente el vínculo entre medicina, ética y política. En este breve ensayo no persigo otro propósito que articular algunas reflexiones que han propiciado algunos de estos debates. Me interesa sobre todo construir una mirada histórica so-

bre algunos aspectos puntuales que considero podrían aportar para pensar la actual situación y contribuir a establecer alguna perspectiva hacia el futuro. En el primer apartado exploro algunos aspectos epistémicos de la medicina que considero relevantes para abordar los debates sobre las políticas sanitarias en pandemia. En el segundo apartado hago foco en los conceptos de prevención y promoción como dos de las estrategias principales de la medicina contemporánea. En el tercero, abordo la cuestión de los protocolos médicos, que en muchos casos han sido blanco de críticas desde el punto de vista ético.

El recto conocimiento de las vísceras

Hace 450 años, el célebre anatomista flamenco Andrés Vesalio publicó su *De humani corporis fabrica*. Allí se quejaba de que, desde su punto de vista, la medicina estaba creando una casta de médicos ociosos dedicada a los libros y la teoría, «doctores de moda que, imitando a los antiguos romanos, empezaron a despreciar el trabajo manual» (citado en Rossi, 1970: 21). En esas páginas, Vesalio describió con cierto fastidio el proceso según el cual los médicos lentamente fueron delegando la preparación de los alimentos de los enfermos a los cocineros, los cuidados del cuerpo a los enfermeros y la dosificación de los fármacos a los farmacéuticos. Sin embargo, lo más extraordinario de sus reclamos tiene que ver con la invasión de los barberos: cuando los doctores comenzaron a negarse a realizar intervenciones quirúrgicas evitando correr riesgos, los barberos, ignorantes de los libros de anatomía, pero hábiles y atrevidos manipuladores de herramientas afiladas, comenzaron a ofrecerse para realizarlas. Del mismo modo que actualmente están de moda las barberías-cervecería, en aquel entonces pululaban las barberías-quirófano, en cuya entrada colocaban un poste rojo y blanco que al girar daba la impresión de que un hilo de sangre descendía por él. Esta expansión del negocio les dio a los barberos un peso gremial más allá de los límites de su especialidad. Para algunos historiadores, este proceso tiene que ver con el incremento de la teorización en la medicina que con ello se acercaba al estatus de ciencia. Vesalio, en cambio, estaba

convencido de estar presenciando un repliegue de la técnica que perjudicaba terriblemente a los médicos, justamente porque los alejaba de las cosas, de los cuerpos, de los padecientes, en definitiva, «del recto conocimiento de las vísceras» (citado en Rossi, 1970: 21). «El doctor», se quejaba Vesalio, «encaramado en lo alto de un púlpito, repite hasta el hastío noticias relativas a hechos que él jamás ha observado directamente, sino que se los ha aprendido de memoria en libros ajenos» (citado en Rossi, 1970: 21). Desde este punto de vista, los libros se presentaban como obstáculo del verdadero saber, antes que como su fuente. En consecuencia, una formación médica basada en la lectura era la peor de las decisiones, pues así «todo es mal enseñado, se malgastan los días en cuestiones absurdas y se les da a los alumnos menos nociones y más confusas que las que cualquier carnicero, desde su banco, podría enseñarle al doctor» (citado en Rossi, 1970: 21).

Sin embargo, esa retirada de las tareas manuales implicó simultáneamente una expansión hacia otras funciones sociales. Justamente, como veíamos más arriba, Weber identificó esa expansión que arrastró, además, una contradicción que no ha dejado de crecer. Cuanto más interviene la medicina en la vida de las personas, en sus decisiones, en las actividades que desarrollan, en la forma de gozar, de reproducirse e incluso de morir, más amplia es la justificación moral que requiere. Esto llevó gradualmente a la medicina a entrar en diálogo o confrontación con creencias y prácticas externas, provenientes de otras esferas del saber, de la religión o de la costumbre. En el siglo XX, cada vez con mayor frecuencia, cuando las posiciones en ese intercambio se tornaron irreductibles, fueron las instituciones y mecanismos de la política las encargadas de dirimir los conflictos. En ocasiones el Estado intervino para garantizar ciertos tratamientos que suponen la suspensión de algunas libertades privadas (como ocurre con la vacunación). En contrapartida, la vida pública asumió a la salud como uno de sus valores más preciados, y a los trabajadores de ese rubro como actores sociales claves a los que se les rinde todo tipo de tributos simbólicos que, vale decirlo, no siempre llegan al salario.

El médico, entonces, se ha convertido en un experto de todos los asuntos públicos y privados. Por eso mismo, en ocasiones a rega-

ñadientes, han tenido que abrirse al control de la sociedad civil y de las autoridades políticas. Moulin afirma que esa expansión fue posible a partir de la transformación del objeto de la medicina: de los enfermos a los potenciales enfermos. En otras palabras, «toda persona sana es un enfermo que se ignora» (Moulin, 2005: 32). Desde luego, este enfoque habilita un colosal negocio con un mercado casi universal: «en la sala de espera del médico, hacen cola 8000 millones de personas» (Moulin, 2005: 32). Pero también habilita un nuevo enfoque, la medicina preventiva, cuyo principal arte consiste en perturbar la paz y la tranquilidad de la población con señales de alarma con el propósito de proteger la salud colectiva. La epidemiología, como lo hemos visto de cerca en esta pandemia de covid-19, se transformó en una de las especialidades médicas más fuertes en esta línea, por lo tanto, es una de las que más hace para borrar la distinción entre sano y enfermo. Para muestra basta un botón: la cuarentena, que ha sido la medida sanitaria más expandida, no distingue entre infectados y no infectados, todos deben aislarse por igual. El riesgo, esa palabra esencialmente matemática y probabilística, ocupa el centro de la escena y opaca al propio virus. La distinción radical entre sanos y enfermos, entonces, es reemplazada por un degradé probabilístico entre «grupos de riesgo». Solo hay que encontrar a cuál pertenece cada uno.

La invisible propagación del virus (solo aprehendida con una serie de complejas estadísticas siempre falibles) y la indeterminación de sus consecuencias (nadie sabe con exactitud qué daños producirá en su organismo) se trasladan a una compleja dinámica de medidas precautorias que requieren cierto razonamiento abstracto y esquemático por parte de la población. Todos seguimos más ajustadamente las prescripciones sanitarias cuando entendemos lo que las motiva, pero no es fácil hacerlo cuando las manifestaciones del virus no son palpables directamente. Las consecuencias del virus no se ven en las calles porque es el sistema sanitario el que recibe toda la tensión y el impacto de la circulación del virus. Solo cuando este colapsa y los muertos se apilan en las calles, como lamentablemente hemos visto en algunos países, es donde se pueden apreciar los efectos. Pero el objetivo que tenemos como sociedad es justamente no llegar a eso. La comunicación de la ciencia, entonces, se torna estratégica y

fundamental, y requiere incorporar recursos materiales y humanos específicos.

Por otro lado, en estos meses hemos visto escraches a muchos trabajadores de salud por parte de sus vecinos. También hemos visto marchas exigiendo que se levanten las restricciones a la circulación de los ciudadanos por considerarlas autoritarias. Por lo general, ambos comportamientos han sido justificados por un concepto de libertad tan mezquino como individualista, que podría sintetizarse en el siguiente principio: «los enfermos y enfermeros aislados, los sanos libres». Es cierto que desde el punto de vista ético esa posición es inadmisibile, pero tal vez más grave aún sea que desde el punto de vista sanitario es incorrecta. Si hay más circulación, habrá más contagiados, solo es cuestión de tiempo. Quienes se dejan llevar por su situación inmediata no comprenden que la restricción de la circulación de las personas es solo un eslabón de un plan colectivo a mediano plazo para proteger la salud pública. Precisamente, uno de los principales argumentos de la medicina preventiva es que no tiene sentido estigmatizar al enfermo, y mucho menos al enfermero, a quien se lo ve como un potencial infectado. La salud y la enfermedad, lejos de ser entidades reales opuestas, asimilables al bien y el mal, son situaciones probables que se alternan y combinan dinámicamente en una población. La enfermedad no es, entonces, algo relacionado con la muerte, sino con todo lo que vive, y más aún con todo lo que vive en comunidad. Flaco favor le hacen estos libertarios de pocas luces a aquel ciudadano comprometido que tenía en mente Weber. Resistirse a las prescripciones sanitarias del Estado es un ejercicio crítico que debe ser incentivado, pero cuando se basa en la ignorancia y el egoísmo debe ser señalado y combatido.

Prevención y promoción

Moulin afirma que si la palabra clave del siglo XVIII era *felicidad* y la del siglo XIX era *libertad*, la del siglo XX fue *salud* (Moulin, 2005: 31). Un acontecimiento político y social con repercusiones mundiales respalda su afirmación. En 1949, la Organización Mundial de la Salud declaró a la salud como un nuevo derecho humano. En ese

sentido, llama la atención que durante la pandemia algunos desprevistos hayan acusado a la OMS de «politizarse», cuando precisamente es una entidad esencialmente política que busca convencer a los mandatarios del mundo de que incorporen a la salud en la estructura presupuestaria y jurídica del Estado bajo lineamientos consensuados. Más allá de los posicionamientos cuestionables y los errores cometidos, esta empresa ha sido relativamente exitosa si tenemos en cuenta que el derecho a la salud hoy forma parte de la mayoría de las constituciones nacionales.

Nuestro país ha estado relativamente a la vanguardia en este sentido. El mismo año en que la OMS realizó la declaración del derecho a la salud aquí se fundaba el Ministerio de Salud Pública de la Nación bajo la primera presidencia de Perón, quien puso a Ramón Carrillo a cargo de la cartera. La creación del nuevo ministerio fue posible gracias a una reforma constitucional. Después del golpe de Estado de 1955 fue disuelto por Aramburu, restituido por Frondizi (1958), disuelto nuevamente por Onganía (1966), restituido por Alfonsín (1983), degradado a secretaría por Macri (2018) y ahora nuevamente restituido por Fernández. Sin embargo, y más allá de las idas y vueltas del Ministerio, fue a partir de una nueva reforma constitucional (1994), esta vez bajo la primera presidencia de Menem, que se les confirió jerarquía constitucional a los tratados internacionales que reafirman el derecho a la salud. Entre estos se encuentra el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales que insta al Estado a «la creación de las condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud». También le ordena una medida que nos interesa particularmente en las circunstancias actuales: «la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas»¹. En efecto, a partir de ese momento, proteger la salud de la población no es una opción para el Estado, es una obligación constitucional.

Sin embargo, pronto será evidente que por más poderoso que sea el Estado no puede garantizar la salud pública por sí mismo, necesita de la responsabilidad y la participación activa de la población. En esa dirección, desde finales de la década de 1970, la OMS impulsó un nuevo concepto, *la promoción de la salud*, que incorpora

un aspecto pedagógico e interpela a los diferentes actores sociales. Se insta a promover la buena alimentación, los análisis clínicos periódicos, los métodos anticonceptivos, el uso responsable de drogas y alcohol, en el mismo tono que tradicionalmente se promueve la literatura, el arte y el pensamiento.

También se promociona la práctica de deportes como una actividad intrínsecamente saludable. En el siglo XX el conocimiento y el desarrollo de la intimidad física adquiere valor propio. Sin dudas fue el siglo que legitimó el entrenamiento en interiores y proveyó una nueva metodología. El análisis aislado de las regiones anatómicas; el diseño de movimientos corporales sistematizados, mecánicos, precisos y repetitivos; la planificación de rutinas diarias; y, sobre todo, la incorporación del concepto de progreso físico: cada día requiere un esfuerzo mayor que el del anterior. En definitiva, se difunde la idea de que también en el interior de una habitación e incluso en la comodidad del hogar el cuerpo puede educarse, con paciencia, zona a zona, músculo a músculo. Como dirá el historiador francés Georges Vigarello, en el siglo XX asistimos al «triumfo definitivo del ejercicio construido» (Vigarello, 2005: 167). Con el paso de los años, esta modalidad fue amontonando un gran instrumental, como mancuernas, barras y poleas. Luego llegaron las máquinas, como las cintas de correr. También se acumuló y difundió todo tipo material bibliográfico. Nacieron las enciclopedias deportivas, los libros hogareños con guías para la gimnasia, las tablas de ejercicios. Las figuras estáticas en el papel que los moradores del hogar imitaban adquirieron movimiento en la pantalla de la televisión durante la segunda mitad del siglo XX. Finalmente, figuras digitales en pequeños dispositivos personales inauguran el siglo XXI. En medio de la pandemia, los gimnasios venden sus *apps* con programas personalizados e internet se vuelve una fuente infinita de instrucciones para entrenar el cuerpo. Cualquier *instagramer*, sin más marketing que una figura esbelta, ejecuta sus rutinas de ejercicio mientras alguien a cientos de kilómetros de distancia lo imita en alguna habitación de la casa. Frente a la adaptación hogareña de la actividad física, durante la pandemia los «runner», sobre todo en Ciudad de Buenos Aires, demandaron salir a correr por las calles y espacios verdes, justamente formados en una cultura de la promoción de esa

actividad como fuente de salud. No tardaron en encontrar detractores que consideraban que bien se podía evitar salir a correr para evitar propagar el virus. El debate era previsible si tenemos en cuenta la contradicción: durante décadas se promovió que las personas salgan a correr para mejorar su salud y justamente ahora por el mismo motivo se les pide que dejen de hacerlo. La promoción de la salud opera en la cultura y este episodio deja a las claras que la dimensión biológica de la aparición del covid-19 es solo la superficie. El temblor llega a las capas culturales más profundas.

Pero volvamos a cómo la OMS concibe la promoción de la salud. En primer lugar, no se piensa como algo «además» de atender a los pacientes, sino que se encuadra en el mismo nivel, como una actividad dentro de la Atención Primaria de Salud. Por otro lado, se la considera como un continuo con la prevención, como dos caras de la misma moneda, muchas veces indistinguibles una de otra. Además de la preocupación por la enfermedad como motor de la salud pública, se agrega un nuevo propósito: que las personas adquieran conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones más saludables e incrementar el control de su salud, como una forma de soberanía sobre el propio cuerpo. En consecuencia, la salud se concibe también como un logro de la sociedad y no solo del Estado y las instituciones médicas. La tarea del personal de salud es condición necesaria pero no suficiente para sostener la salud pública, cuya construcción exige la participación de toda la comunidad. Además de un deber del Estado, la salud pública se asume como una responsabilidad social. En ese sentido, la doctora Elisabeth Casas, ex docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba, asegura que:

La salud pública, la salud de la población, no solo se garantiza, también se construye. Entonces, no es solamente la salud que brinda el Estado, sino la que brindan todos los que hacemos la salud de una población, no solo médicos y epidemiólogos, sino también arquitectos, ingenieros, abogados, etc. Todos los profesionales trabajan para tener una mejor salud pública, la cual es un derecho cuyo cumplimiento depende del trabajo de todos².

No soy yo, es el protocolo

Hace tiempo que el término *protocolo* es parte de la jerga médica y durante esta pandemia se ha convertido en uno de los tópicos más visitados a la hora de los debates éticos. Por un lado, los protocolos son el reflejo del control civil sobre la medicina; por otro lado, en ellos convergen y entran en tensión lo general y lo particular, la norma y el caso. Precisamente, un protocolo es un conjunto de definiciones operativas generales para atender casos particulares. Todo protocolo implica un «algoritmo de actuación», una serie de instrucciones para proceder en cada caso según determinados datos clínicos: qué maniobras realizar, qué medicamentos suministrar, en qué dosis, qué estudios solicitar, a quiénes exceptuar. Para comprender uno de los planteos éticos más habituales quizá debamos valernos de un ejemplo. Supongamos que llegamos tarde a un evento, no mucho, unos cinco minutos. En la puerta un guardia de seguridad nos impide el paso. Usamos todo el arsenal de excusas: que el tránsito, que los niños, que el GPS. El guardia se disculpa por no poder dejarnos pasar, pero debe seguir un protocolo de seguridad. «No soy yo, es el protocolo». Sin embargo, algo de esa respuesta no nos convence. Los seres que siguen protocolos estrictos para comunicarse tienen nombre, se llaman máquinas, más puntualmente computadoras. Por eso mismo le pedimos al guardia que nos deje pasar, que haga una excepción, que tenga en cuenta nuestro caso, que viole la norma en esta ocasión, le pedimos, en definitiva «una respuesta humana». En última instancia, ser humano es eso, es tener la capacidad de transgredir normas generales en función de particularidades, de desatender un protocolo para atender una circunstancia puntual porque es más justo o tiene más sentido. Ahora bien, cuando lo que está en juego es la vida de una persona ¿puede el médico, como el guardia de seguridad, decir «no soy yo, es el protocolo»? ¿En qué medida es una respuesta humana? ¿En qué medida es una respuesta ética?

Determinados acontecimientos catastróficos como los desastres naturales y las guerras son paradigmáticos para los sistemas sanitarios. Cuando acontecen, el espacio, el tiempo, las manos y los equipos se transforman de un plumazo en un recurso escaso al interior del sistema. En los primeros días de marzo, cuando la pandemia

agobiaba a Italia, el SIIARTI (Colegio Italiano de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Cuidados Intensivos) publicó un documento que caracterizó la situación como «medicina de catástrofe» estableciendo un protocolo para atender a la multitud de pacientes que llegaban a los centros de salud. Unos días después, entidades españolas como el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc), con el apoyo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), siguieron el camino de los italianos y plantearon un protocolo en base al clásico sistema de clasificación de cuatro prioridades para el ingreso a las UCI (Unidad de Cuidados Intensivos): prioridad 1 para pacientes críticos e inestables que necesitan monitorización y tratamiento intensivo; prioridad 2 para pacientes que precisan monitorización e intervención inmediata; prioridad 3 para pacientes con pocas posibilidades de recuperarse; prioridad 4 para pacientes con beneficio mínimo o improbable. Al igual que los italianos, los españoles diseñaron un protocolo que ordena «no ingresar en las UCI a los pacientes 3 y 4». Esto significa que ante dos personas que necesitan una cama con respirador la que tenga mayores posibilidades de sobrevivir es ingresada, a pesar de que haya llegado una hora después que aquel a quien se le niega el respirador. El «orden de llegada», principio básico de justicia, es omitido en virtud de optimizar las posibilidades del sistema de salvar vidas. Cabe aclarar, no es el médico, es el protocolo.

Sin embargo, la proliferación de protocolos no es un fenómeno espontáneo, sino que responde a un proceso histórico bastante reciente. Hasta hace unas décadas, probablemente hasta finales de 1970, la relación médico-paciente poseía un carácter personal que en nuestros días se reduce a algunas excepciones. En algún punto el médico se transformó en un trabajador del sistema sanitario, ya sea en el ámbito público o privado. En consecuencia, poco a poco, la organización administrativa que rige la institución de salud comenzó a condicionar, cuando no a determinar, los términos del vínculo médico/paciente. El tiempo que se dedica a una consulta, la forma en que se realizan las historias clínicas, el modo en que se comunican diagnósticos, la manera en que se realizan tratamientos. Todo está formal o informalmente protocolizado. En muchas ocasiones,

cuando se habla de «deshumanización» de la medicina se suele aludir a la pérdida de esa condición familiar en manos de la profesionalización. Desde luego, esto trae aparejado un cambio sociopolítico en relación con la figura del médico, su poder y sus responsabilidades. Si el médico debe seguir protocolos quiere decir que no tiene capacidad plena de decidir qué hacer en tal o cual caso. Eso implica una restricción de sus libertades profesionales, pero al mismo tiempo y en la misma medida un límite a potenciales arbitrariedades en sus decisiones. En este último sentido, los protocolos son funcionales al control civil de la medicina. El médico está constreñido a realizar *in situ* acciones que fueron consensuadas y decididas por otros, antes, en otro lugar. Los protocolos son las correas de transmisión de esas decisiones fortaleciendo la cadena de mando. Por otra parte, desde el punto de vista ético y jurídico, desplazar el ámbito de la decisión implica desplazar la responsabilidad. Es el protocolo más que la reputación y accionar del médico lo que ofrece una garantía de que se ha seguido un procedimiento correcto. En ese sentido, una de las razones por las cuales se establecen protocolos es para determinar un resguardo jurídico. Una forma de afrontar eventuales juicios por mala praxis o negligencia es mostrar que se han seguido protocolos aceptados.

Pero, ¿cómo sabemos cuál es el mejor protocolo? El asunto no es fácil por varios motivos. En primer lugar, las evidencias científicas pueden cambiar más rápido que los protocolos. Por eso mismo, explica el doctor Carlos Presman³, docente del Hospital Clínicas (UNC), «quienes seguimos la corriente llamada ‘medicina basada en evidencias’ preferimos usar el término ‘estado del arte’ (que equivale a decir ‘lo último’ o ‘lo más avanzado’) en lugar de ‘protocolo’». Por otra parte, como refiere el ingeniero Miguel Ángel Ferreras, quien se dedicó por años al área de la ingeniería clínica: «Es notable que a pesar de usar protocolos muy distintos, diferentes hospitales suelen obtener resultados similares. Eso hace muy compleja la evaluación de los resultados en salud». Por si fuera poco, el doctor Raúl Jiménez, ex secretario de Salud Pública de la Ciudad de Córdoba, plantea la cuestión inversa: «¿Un mismo protocolo activado en dos centros de salud distintos dan los mismos resultados? No necesariamente». Ambos van al mismo punto: los protocolos no se agotan en sí mis-

mos, no son absolutos. Siempre hay un contexto, una práctica, una circunstancia, un conjunto de imponderables o factores azarosos que influyen en los resultados de la ejecución. Por definición, los protocolos reducen la complejidad del mundo para operar como un conjunto de reglas simples, sin embargo, esa complejidad no deja de existir y se mete por la ventana a modo de «margen de error» o incertidumbre. Las complejidades del asunto nos eximen de profundizar en él.

Por otro lado, existe también un costado socioeconómico que refiere a la notable expansión del sistema sanitario en el siglo XX. Una cosa es atender a pocos pacientes y otra cosa es atender a miles; una cosa es formar a unos pocos discípulos que siguen la práctica, como los médicos de antaño, y otra es la formación masiva de médicos. En ese sentido, una buena protocolización optimiza los procesos de resolución de problemas a gran escala y hace más económico el funcionamiento del hospital o la clínica y más eficaz la formación de los recursos humanos. Resulta entonces difícil no asociar los valores de la medicina actual con los de la producción industrial. La adecuación a protocolos, el seguimiento de normas estandarizadas, la homologación de procedimientos, la obtención de certificaciones de calidad ante entidades nacionales o internacionales, son parte de la jerga industrial y de sus prácticas, y han migrado no solo al ámbito de la salud sino también, aunque posiblemente en menor medida, a otros ámbitos como la educación, la comunicación, la investigación y cualquier actividad que en el siglo XX se haya tornado masiva. En ese sentido, no es exagerado pensar que el sistema de salud adquirió un tono fabril: se produce salud como un producto masivo y seriado, y la transición del médico familiar al trabajador sanitario es similar al paso del artesano al trabajador industrial. Sin embargo, lo que resulta problemático y hasta paradójico en el caso de la salud es que algo tan singular como el bienestar de una persona se asocie con la repetición de un estándar. En relación con ello, «el protocolo es deshumanizante en la medida en que reduce al paciente a un objeto y a las poblaciones a números», afirma Carina Muñoz (2018), enfermera y autora del libro *Lecturas del cuerpo del paciente*, aunque aclara que esto no es atribuible a los protocolos en sí mismos, sino a las relaciones sociales y humanas en que se insertan.

Pero no solo los pacientes pierden su singularidad, también los médicos diluyen buena parte de su autonomía al quedar subsumidos a un sistema sanitario protocolizado que no carece de contradicciones internas, fallas y consecuencias indeseadas, como la iatrogenia: un malestar que el paciente no poseía al momento de entrar en contacto con el sistema de salud y que el propio sistema produce. Por otro lado, cualquier ámbito de atención masiva e hiperdemandado genera tensión y estrés en el personal encargado de tomar decisiones. Cuando lo que está en juego es la salud, la tensión cotidiana aumenta y se acumula, y cuando la decisión es de vida o muerte, mucho más. Decidir negarle el respirador a una persona con pocas posibilidades de vivir puede quitar el sueño varias noches; negárselo a veinte personas en un día puede causar un daño irreparable en la psiquis. En ese sentido, los protocolos son artefactos en los que se delegan las decisiones, justamente para reducir la tensión mental y la angustia emocional de tomarlas. El médico ahorra esfuerzo. Frente a dos pacientes que requieren UCI, tomar la decisión es más dramático que «activar el protocolo». La terminología alude a quien enciende un aparato automático que hace las cosas por él. No es el médico quien usa el protocolo, sino el protocolo el que se ejecuta a través del médico. La «obediencia debida», entonces, emerge como un problema ético en esa lógica, motivo por el cual los médicos pueden elegir no ejecutar el protocolo por una «objeción de conciencia». Una válvula de escape para aquel gesto humano de renunciar a seguir una norma. Sin embargo, por lo general, las legislaciones establecen que aunque el médico puede negarse a activar el protocolo, el sistema, no. Debe garantizar al paciente la ejecución del protocolo a través de otro médico disponible. Quizá, atendiendo a este último aspecto de los seres humanos, el de diseñar artificios, es que podríamos poner entre paréntesis la idea de que los protocolos deshumanizan. Por el contrario, lo más humano es, por un lado, la capacidad de elaborar artefactos que cristalicen valores y decisiones, aunque en ocasiones nos neguemos a utilizarlos. En ese sentido, la protocolización de la medicina requiere un mayor grado de humanidad, uno que comprenda los límites de las creencias, saberes y capacidades individuales, frente a las decisiones colectivas y la cristalización de esas decisiones en normas y protocolos.

Notas

¹ Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos_publicaciones_colecciondebolsillo_07_derechos_economicos_sociales_culturales.pdf [Consulta: 12/10/2020].

² Este testimonio fue recogido para una columna periodística. <https://www.hoydia.com.ar/opinion/122-cultura-y-tecnologia/70963-entre-la-prevencion-y-la-promocion.html>. Recuperada el 13 octubre de 2020.

³ Este testimonio y todos lo que siguen fueron recogidos para una columna periodística <https://www.hoydia.com.ar/opinion/122-cultura-y-tecnologia/70963-entre-la-prevencion-y-la-promocion.html> Recuperado el 12/10/2020.

Bibliografía

Butler, S. (2012). *Erewhon*. Madrid: Akal.

Muñoz, C. (2018). *Lecturas del cuerpo del paciente*. Paraná: Eduner.

Moulin, A. (2005). «El cuerpo frente a la medicina». En Jean-Jacques Courtine, A. Corbin, G. Vigarello (Coords.), *Historia del cuerpo* (pp. 29-80). Madrid: Taurus.

Rossi, P. (1970). *Los filósofos y las máquinas (1400-1700)*. Barcelona: Labor.

Vigarello, G. (2005). «Entrenarse». En Jean-Jacques Courtine, A. Corbin, G. Vigarello (Coords.), *Historia del cuerpo*. Madrid: Taurus.

Weber, M. (1979). *El político y el científico*. Madrid: Alianza.