



## **Recomendación del Comité de Bioética del Hospital de Área de El Bolsón en el marco de la pandemia COVID-19**

El presente escrito tiene sus antecedentes en:

- La Nota N° 241/2020 del 8 de abril 2020 recibida sin firma, desde el correo electrónico desde el mail de la Dirección del Hospital de Área de El Bolsón. El envío fue adelantado por Whatsapp por la Lic. Carolina Solari. Si bien la nota convoca a este Comité, no se plantea en la misma la demanda concreta, más allá de los dilemas que puede generar la atención en el marco de COVID-19, y se nos deriva la consulta al *“Dr. Juan Pablo Ali Brouchoud del sector Clínica Médica de nuestro hospital, quien podrá oficiar de interlocutor para la presentación de nuestras inquietudes”*.

- La solicitud del 13/04/20 –cuando ya nos encontrábamos en tarea- de la Dra. Mary Coller (Coordinadora de cuidados paliativos y crónicos avanzados del Ministerio de Salud de Río Negro) quien se encuentra abocada a coordinar las acciones de los Comités de Bioética provinciales. Su demanda se orienta a que las propuestas que realice cada Comité en el marco de la pandemia sean compartidas con el resto, a manera de intercambio horizontal, para intentar, en un segundo momento, elaborar un documento de recomendaciones común para toda la provincia. Se plantean estos pasos como antecedentes para la adecuación al protocolo nacional que elaborará el Comité Nacional, al cual se remitirán los dictámenes de todos los comités de la Provincia para su conocimiento. La Dra. Coller comparte material que fuera enviado a todos los Comités de la provincia.

En referencia a la solicitud del HAEB, el Dr. Ali –en virtud de la certeza de que los recursos serán limitados frente a dicho panorama- manifiesta y puntualiza tres ejes:

- 1) ¿Es posible pensar la permanencia de la atención ante un posible faltante de insumos básicos de resguardo personal?
- 2) A quién asignar un recurso -y a quién no - frente a dos candidatos que cumplen por igual los requisitos protocolizados de asignación.
- 3) Posibilidad de implementación de Directivas anticipadas a todos los pacientes que entren al hospital a internarse sea o no por el COVID-19.

Antes de comenzar, aclaramos que en estas recomendaciones nos apartamos del modelo de la ética moderna procedimental (Cf. Dr. Roque Junges, Universidad Unicinos, Brasil, Redbioética de Unesco <https://redbioetica.com.ar/etica-y-pandemia/>) -que vemos hegemónica en los documentos consultados- por ir a contramano de la concepción de ética con la que venimos trabajando en el marco de nuestro comité y que será desarrollada en los puntos subsiguientes.

A continuación brindaremos entonces, una contextualización respecto del impacto del COVID a nivel mundial/ nacional y situaremos en él a nuestro hospital; explicitaremos el



lugar desde el cual concebimos a la ética desde este comité, los principales puntos implícitos en la discusión y, finalmente, ofreceremos nuestras recomendaciones.

### **Marco de situación: ¿Cómo nos encuentra el CoVid-19?**

Una nueva virosis progresa sobre el planeta con carácter de pandemia. ¿Nueva? ¿El denominado MERS- CoV (2002), que afectó más de 30 países, y el SARS-CoV (2012) de la misma especie viral, podrían, por caso, considerarse señales que hemos dejado pasar inadvertidas? Esta epidemia surge en un mundo pauperizado, con una oprobiosa concentración de riquezas producto, entre otras cosas, de una financiarización de las economías quizá nunca antes vista. Según las organizaciones mundiales tales como la OMS o Unicef alrededor de 8500 niños mueren por día de desnutrición, cifra que multiplicada por los 180 días que aproximadamente lleva evolucionando esta pandemia arroja el número escalofriante de 1.530.000 decesos, que supera abrumadoramente a las víctimas acumuladas por causa del CoVid-19, por supuesto muy lamentables. Apenas unos meses atrás, los modelos económicos que impulsaron esta situación aconsejaban, desde los mismos espacios académicos donde hoy redactan a toda prisa las indicaciones para controlar la enfermedad, el desmantelamiento de los sistemas públicos de salud, es decir el desamparo de los más vulnerables, la distribución del escaso recurso según el nivel del ingreso. Estos mismos modelos provocaron de este modo la concentración poblacional, que provocó además la afluencia desesperada desde los países marginales hacia aquellos de economías más abultadas, sin mayor respuesta que las deportaciones, las cárceles y la discriminación racial<sup>1</sup>.

En nuestro país la situación no es demasiado distante. No obstante, si bien el ideario neoliberal se había propuesto metas similares a aquellas aplicadas por los países centrales mediante una acelerada des-asignación del recurso para el sistema público de salud y un desplazamiento de la salud de los planos prioritarios de las políticas de estado; una larga tradición de un sistema sanitario ideológicamente fuerte, de base igualitaria, que aún perdura, nos proporciona un punto de partida ligeramente mejor posicionado. Aún así no puede soslayarse que Argentina se encuentra hoy, tal como se encontraba antes de comenzar a abocarse a esta noxa o más aún, en una situación económica de suma gravedad. Al borde de la cesación de pago de su deuda soberana y con su aparato productivo prácticamente paralizado.

En este contexto, la provincia de Río Negro también es sorprendida con una economía sostenida en el endeudamiento, con sus economías regionales endebles y con incierto futuro.

Tal como lo señalan Soledad Pérez y Serena Perner (2018), “Río Negro, al igual que en el resto de las jurisdicciones argentinas, posee los tres subsistemas de salud: público, obras sociales y prepagas. En distintas localidades rionegrinas existen efectores de salud privados

---

<sup>1</sup> Resulta significativo ahora, ante la aparición de esta enfermedad, que ha suscitado la necesidad imperiosa de repatriación de viajeros de todas las latitudes, repasar la etimología de “epidemia”: En Parménides, Platón utiliza epidemia como “visita”, llegada de afuera. “El me reconoció, pues recordaba mi anterior visita (epidemia)”. Demóstenes lo utilizó como inmigración: “No había en absoluto inmigración (epidemia) de extranjeros allí, por haber guerra.” La medicina griega, luego, empleó este vocablo para dividir las enfermedades entre aquellas propias del cuerpo (naturales) y aquellas llegadas desde fuera (epidémicas). (Pino Campos y Hernández González 2008:200)



(clínicas, sanatorios, consultorios privados, laboratorios de análisis clínicos) que prestan atención a la población con obra social o prepaga; estos no se encuentran articulados entre sí, ni con el sistema público. En cambio, el sistema público de salud en Río Negro, está conformado por una red de servicios de distinto nivel de complejidad (del I al VI) distribuidos en todo el territorio provincial, con 35 hospitales y 214 centros de salud” (Pérez y Perner 2018:361).

Sin embargo la distribución de recursos humanos y materiales, que en sí es escasa, no es, según la jurisdicción, proporcional al número de habitantes. Además los hospitales de mayor complejidad se ubican en las cuatro poblaciones de mayor población, haciendo del sistema de traslados un punto crítico para las situaciones de emergencia en un territorio tan extenso. Esto lleva a cuestionarse acerca del contexto en el cual la Provincia llega a enfrentar esta coyuntura.

En nuestro caso, el HAEB, de categoría IV, asiste una población aproximada de 40 mil habitantes en la Provincia de Río Negro contando su zona urbana y ejido rural. Sin embargo, su área de influencia y la significatividad que este hospital adquiere no debe ser vista solo dentro de los límites provinciales. El hospital de El Bolsón, se halla emplazado, en virtud de las grandes distancias con los centros urbanos de mayor envergadura y con atención sanitaria de mayor complejidad de Río Negro y Chubut, en una Comarca limítrofe integrada por la rionegrina localidad de El Bolsón y su zona rural y por las localidades chubutenses de Lago Puelo y El Hoyo<sup>2</sup> que, si bien cuentan con hospitales rurales, por la situación de virtual aislamiento geográfico y por proximidad tienen al hospital de El Bolsón como referente sanitario de mayor complejidad. Así, si bien no toda la población de estas localidades acude al hospital de El Bolsón, el mismo actúa, en la cotidianeidad, como el refugio potencial ante situaciones en las cuales de antemano las personas saben que no podrán ser atendidas en sus hospitales rurales chubutenses de referencia.

Esta situación de emergencia mantiene las fronteras interprovinciales cerradas con lo cual, en esta ocasión, la población chubutense no accede a la atención en dicho nosocomio. Sin embargo, creemos oportuno marcar la referencia sanitaria interprovincial que porta nuestro hospital en función de reflexionar sobre el peso simbólico que para la población comarcal adquieren las decisiones y los mensajes que este hospital pueda llegar a brindar, por ejemplo, en cuanto a pautas de prevención, información a la población sobre la pandemia, etc. Así, si pensamos en la comunidad que se referencia en este hospital y para la cual el hospital es un referente, no debemos perder de vista que trasciende ampliamente los límites interprovinciales. Retomaremos esta idea a la hora de pensar el lugar de la comunidad en las recomendaciones que brindamos en este escrito.

---

<sup>2</sup> No mencionamos ni a Epuyén ni a Cholila (también integrantes de la Comarca), por ser todas localidades más próximas a El Maitén donde se cuenta con un hospital de mayor complejidad que los rurales de El Hoyo y Lago Puelo.



## Discusión:

Como hemos tratado de explicitar en dictámenes previos (en referencia a otros temas y solicitudes), la mirada ordenadora de nuestro posicionamiento teórico sitúa la ética en un momento pre-verbal, y por lo tanto pre-normativo (y pre científico), del encuentro entre personas. Nuestra posición, haciéndonos eco de voces como las de Derrida, Foucault, Deleuze, Spivak, Lévinas, Rivera Cusicanqui, o el propio Dr. Luis Justo es, precisamente, evitar que la ética sea al cabo una ley más. Una ley moral que regule la conducta de las personas.

Nosotros aquí quisiéramos pensar de otro modo. Imaginarnos un espacio según el cual la ética vuelva a ubicarse en un plano no supeditado a una estructura normativa. No quisiéramos ser custodios de una ley, policías en resguardo de una moral impuesta por ningún contrato. Quisiéramos pensarnos como facilitadores de un encuentro entre miradas que se buscan y que al hacerlo se reconocen como iguales, y se sorprenden dependiendo una de la otra para poder sostener sus propias identidades. Por eso imaginamos un Comité de Bioética abierto a la Comunidad, integrado por diversas instituciones, atravesado por diferentes miradas, expuesto a críticas internas y externas, falible, vulnerable (Comité de Bioética HAEB, Ateneo del 21/08/2019).

Desde la llegada de la demanda nos hemos abocado a leer y escuchar a distintos especialistas y recomendaciones, que ya están circulando, sobre el tema que nos convoca (por ejemplo Angelini et.al. 2020) y que fueron insumo a la hora de pensar nuestra situación particular dentro de un marco general de compartir una misma pandemia. Si bien rescatamos como lineamientos posibles la mirada poblacional orientada por los conceptos de solidaridad, confianza y reciprocidad para guiar la toma de decisiones del documento antes citado, vemos allí plasmada una ética procedimental, una serie de pasos a seguir y observar a fin de asegurar la mayor justicia en dichas decisiones; en definitiva, y como manifestamos previamente, otra ley que regule los comportamientos moralmente aceptados de las personas. También leemos allí que cuando esos procedimientos y pasos se revelan escasos, cuando no hay más conocimiento que pueda ayudar a dilucidar situaciones, lo que sobreviene es el “azar” (Angelini et. al 2020: 10).

Desde esta posición nos preguntamos, el lugar previo al conocimiento y la norma donde desde nuestro Comité ubicamos a la ética ¿es el lugar del azar? Puestos en la situación que nos convoca ¿no hay nada más que azar en ese encuentro entre dos personas que necesitan ayuda cuando ya no hay conocimiento ni norma que los asista?

Desde este planteo quisiéramos entonces recuperar acá dos situaciones entre las planteadas por el Dr. Alí en su demanda:

1. El temor manifiesto de los médicos y médicas a actuar en esta emergencia sin las condiciones necesarias de protección personal aseguradas por el sistema de salud.
2. El encuentro entre dos personas, por caso médico/a- paciente, en el momento de tomar esa decisión crítica de asignación de recursos.

En ambos casos vemos personas que necesitan de un otro en un pedido de ayuda que los iguala.



Respecto del punto 1 no vemos allí un problema ético sobre el cual podamos expedirnos. Tal como queda evidenciado en la legislación, obligar a los profesionales a atender sin proveerles las medidas de protección personal necesarias reviste un delito. Referentes de la Bioética nacional, convocados por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva el 8 de abril del corriente -material compartido por la Dra. Mary Coller- refuerzan esta idea. Ignacio Maglio destaca que los elementos de protección personal tienen que ser provistos en cantidad suficiente, de manera permanente y continua. Por su parte, Cristina Orlandi, Miembro Comité de Bioética de Terapia Intensiva y terapeuta del Hospital de la ciudad de General Roca de nuestra provincia refiere al “*derecho a trabajar con la protección adecuada*” (para ambos ver SATI 08/04/2020).

Entendemos que no es nuestro lugar hacer cumplir la normativa que ampara al personal de salud y que apunta a la racionalidad de no sumar más víctimas (en este caso personal imprescindible) en el proceso de la atención. Tratándose entonces de un deber de acatamiento a la ley por parte de los empleadores, no hay conflicto bioético por ser una cuestión debidamente normada y legislada.

En adelante, entonces, nos detendremos en el punto 2 de la solicitud, por entender que es el punto que sí requiere una respuesta ética.

### **Recomendaciones**

Se solicita a nuestro comité una recomendación ética para aquellas decisiones cruciales en las cuales los criterios científicos pueden no ser suficientes (Punto 2 de la comunicación del Dr. Alí). Sería entonces una tentación, tal como lo hemos visto en otras fuentes, intentar la redacción de un protocolo o normativa que oriente esas conductas para aliviar el peso de esas responsabilidades.

A cambio, quisiéramos sugerir que el hecho de que el conocimiento se muestre insuficiente, que deje ver su talón, es una señal que, más allá del pánico que ha generado, invita a una reflexión profunda y necesaria.

Cientos de personas de ciencia, de las más variadas disciplinas, se encuentran de pronto sumergidas en una carrera frenética para producir conocimiento que contenga a esto que nos ocurre; tal como lo hemos ido citando en este escrito. Mientras tanto, detener nuestra vida, recluirse para “ganar tiempo”, parece ser la única recomendación efectiva.

El mundo sin conocimiento no se deja ver. Se siente, pero no tiene forma. No podemos asirlo. Quien conoce, en cambio, puede. Quien más conoce, más puede. De este modo el poder se establece como relación que atraviesa la sociedad. De este modo se manifiesta. Cuando el conocimiento no encuentra las palabras apropiadas, las que pueden decir el fenómeno, lo que en última instancia está en riesgo es una estructura de poder. Quizá la mayor de todas. El pánico sobreviene porque esa estructura tambalea.

La norma, en cambio, nos tranquiliza. La palabra hecha ley nos muestra la cara de aquello a lo cual tememos. Lo sujeta. Su letra es el mandato que nos quita el vértigo de tener que andar a ciegas. El poder (de esa palabra) se manifiesta entonces a través nuestro. Todos, finalmente, queremos tener una letra de dónde asirnos, un mandato que cumplir, para sentir que actuamos bien.



Pero ahora, repentinamente, la ignorancia nos iguala. Sin el conocimiento, sin la palabra, el poder se desvanece. Ya no se puede. El miedo a lo no conocido nos muestra su no – cara. El mundo (*kosmos*: orden) pierde su forma, se desdibuja se vuelve *kaos* (desorden). En ese preciso instante lo que aflora es precisamente esa igualdad. Ese es el momento de una ética.

Si logramos entender la ética como el ámbito en el cual las personas nos relacionamos aún sin una ley, aún sin una norma, sin un procedimiento que indique con palabras, entonces comprenderemos que hay algo de valioso en el desconocer. Una instancia que puede fortalecernos desde una empatía que nos des-empodera. Buscar desesperadamente una normativa ética es de-situar la ética, des-ubicarla. Llevarla a un plano que le es ajeno. Este pánico que estamos atravesando, esta necesidad acuciante de buscar una letra que nos salve, es la anomia que anticipara Durkheim como causa de suicidio. Aquí, muy al contrario, quisiéramos decir que este, lejos de ser el momento del “azar” (Angelini et. al.2020) es el momento de encontrarnos. Aunque parezca contradictorio, aunque el aislamiento no nos lo permita. Es el momento de movernos a ciegas. Porque es posible decidir sin una ley. Posible y necesario, porque habrá que decidir y queda poco tiempo para legislar. Nada puede hablar más de la condición ética de una persona que sus acciones espontáneas, no normadas, no supeditadas a ningún mandato. Si ser ético consistiera en cumplir con una ley, lograrlo no tendría mayor mérito que la obediencia. Afrontar el miedo, por el contrario, exige la temeridad y la valentía de andar sin ver.

Este es el tiempo en el cual, sin hallar las palabras, la ciencia pierde la capacidad de decir el mundo. El río de lo no-dicho desborda entonces, pues ya nada puede contenerlo. Es un momento esencialmente ético en el que, sin palabras, sólo cabe la mirada. Sólo cabe moverse sin saber. Para ello es necesario contar con el otro/a, y qué mejor escenario para hacerlo que la igualdad del desconocimiento.

Centrándonos entonces en el Punto 2) de la demanda, entendemos que nos posicionamos en aquel intersticio donde el conocimiento médico y los protocolos ya no alcanzan para tomar una decisión que, en todos los casos, es límite, es difícil y nunca va a ser considerada justa. Es en este lugar donde recuperamos parte de lo planteado en Angelini et. al. (2020) en el sentido de que **la decisión no debe tomarse en soledad**. ¿Cuán amplia debe ser entonces la consulta? Siendo que el conocimiento médico y los protocolos vigentes no son suficientes, con quiénes más compartir ese instante de desconcierto. Asumimos aquí que la mayor cantidad de “mallas” que puedan generarse a los efectos de conjurar la soledad del/la médico/a decidiendo pueden ser un recurso de sumo valor. En estas recomendaciones las iremos ponderando desde la más íntima de la relación médico/a – paciente a la más comunitaria, sólo para ordenar la exposición, no ponderando una por encima de la otra.

Entonces, teniendo en mente la idea de mallas, proponemos en estos casos definir un equipo mínimo de tres profesionales que estén compartiendo el turno laboral; incluso puede convocarse virtualmente la opinión de otro/a profesional que se considere importante (p.e. el/la médico/a tratante de la persona que no esté participando del equipo de atención durante la emergencia). A este grupo podrá sumarse la familia del/la enfermo/a (si existiera directiva anticipada, también es un elemento que se incorpora). En el caso que la familia así



lo elija, puede sumarse algún tipo de referente válido para la persona y la familia (referente espiritual, comunitario, o de atención de la salud desde otro paradigma de cuidado).

Paralelamente se sugiere que el personal de salud posea una red de apoyo y contención emocional conformada ya sea por otros profesionales del ámbito de la salud, ya sea por otras disciplinas que puedan aportar en la función se sostén, en este sentido el Comité de Bioética como equipo interdisciplinario del hospital, se pone a disposición. Así como se dividen los equipos de trabajo, podrían preverse equipos de red de contención para cada turno de trabajo de 15 días.

Concluyendo, y atento al no funcionamiento del Consejo local de Salud, estipulamos ampliar, para el contexto de esta pandemia, la conformación de este Comité a los fines de sumar más voces comunitarias que, entendemos, no están teniendo un lugar de participación. Esta polifonía que buscamos al ampliarnos, puede también contribuir a generar espacios con una base más diversa de miradas de manera que la información y decisiones respecto de esta situación excepcional sean compartidas de la manera más amplia posible asumiendo que la construcción de los procesos de salud - enfermedad - atención no implican solamente a las instituciones de salud y su personal sino que están insertos en procesos sociales más amplios. Es en la contención de y en la comunicación hacia estos ámbitos comunitarios más amplios donde los profesionales de la salud pueden también volcar dudas, consultas y por qué no perplejidades.

Por último, y en virtud de la significatividad comarcal que adquiere nuestro hospital, ya desarrollado en un acápite previo, no descartamos compartir estos documentos así como las futuras reuniones y consultas con referentes, en principio institucionales, de las localidades vecinas en virtud de que una Comarca integrada históricamente en procesos cotidianos no puede desvincularse en procesos de excepcionalidad; pues se la estaría privando de los mecanismos y herramientas conocidos para la resolución de conflictos.

Finalmente, abrimos con este escrito un canal de diálogo que apunte a poder brindar, desde nuestro lugar, acompañamiento y apoyo al equipo de salud.

## **Bibliografía y Fuentes**

Angelini, Carolina; Labriola, Cecilia; Macías, Andrea; Olivero, Marcela y Juan Schuhmacher (2020). *Aspectos éticos en la atención de las personas durante la pandemia por Coronavirus (sars-cov-2). Reporte rápido 1°, 21.3.2020: Asignación de recursos con énfasis en cuidados críticos*. Ministerio de Salud de Neuquén.

Pérez, S y Perner, S (2018). "Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina". *Interface* [online]. 22 (65), 359-371

Pino Campos, M.L y Hernández González, J.P (2008). "On the original meaning of the Greek word epidēmia and its identification with the Latin term pestis". *Dynamis* [online] 28: 199-215



Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (08/04/2020). *Webinar COVID-19. Ética en tiempos de pandemia*. Disponible en:

<https://www.facebook.com/SATIArg/videos/2857097444410237/?sfnsn=scwspmo&extid=RPcd6UvHRdWhC0Ck&d=n&vh=e>

UNESCO, Red Bioética (2020). <https://redbioetica.com.ar/etica-y-pandemia/>

El Bolsón, 15 de abril de 2020

Este documento no lleva firma por razones obvias, mencionamos abajo los miembros del Comité.

**Miembros internos al HAEB:** Dra. Melihual, Claudia; Lic. Roggero, Carla; Dr. Villate, Sebastián

**Miembros externos:** Candia, Susana; Ruiz, Alberto Pablo; Swain, Karina; Tozzini, M. Alma