



Recomendación Nº 2

Comité de Bioética *Ampliado* del Hospital de Área de El Bolsón

en el marco de la pandemia COVID-19

El presente escrito tiene sus antecedentes en:

- Una solicitud que nos transmitiera el *Dr. Juan Pablo Ali Brouchoud* del sector Clínica Médica de nuestro hospital, quien -constituido en el contexto de atención del COVID-19 en tanto interlocutor entre el equipo de salud y este Comité- y habiendo leído nuestra recomendación del 15 de abril, avanza el día 24 de abril del corriente año con la siguiente demanda:

Refiere a los problemas que se van presentando en la práctica en tiempos de COVID y en la bibliografía circulante. Destaca entonces dos escenarios que preocupan al equipo de salud:

a) DESPERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN: se identifican distintas situaciones:

- Les profesionales de la salud corren el riesgo de despersonalizar la atención por:

1. El temor a contagiarse.
2. El rigor de las distancias según protocolo de atención.

- El temor que produciría en los pacientes el uso de la indumentaria de protección (mamelucos, máscaras) que dificultan el reconocimiento de quién está llevando adelante la práctica. Se enfatiza en la situación de los ancianos con o sin patología de desorientación, en presencia de los profesionales con Equipos de Protección Personal (en adelante EPP); -referencia a la "aparición de un astronauta"- . En este sentido se hace alusión a la falta de escucha de la voz, a la pérdida de gestualidad o de contacto visual sin intermediación.

b) AISLAMIENTO

Se hace un planteo hipotético de personas internadas en soledad, con presencia mínima de personal y aislamiento de los familiares (se agrega el problema de desconocer si se contará con equipos de protección extra para que ingresen familiares). De la misma manera preocupa la situación de una hipotética derivación en soledad y si ésta deviene en fatalidad, que también sería transitada de la misma manera.

Por su parte, y antes de abocarse a esta demanda específica, este Comité quisiera recuperar, como puntapié inicial, el anteúltimo punto de la recomendación del 15 de abril del corriente. En ella planteamos la necesidad de, "en virtud de la significatividad comarcal que adquiere nuestro hospital, (...) 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**". Entonces, en virtud de esa recomendación y de las consideraciones respecto de la unidad como Comarca en lo que hace a cómo las personas piensan el cuidado de su salud en ella; este Comité se amplió de hecho para, en este contexto, poder reflexionar de manera mancomunada allende la frontera interprovincial, hoy cerrada, pero que de ninguna manera impide pensar horizontes conjuntos posibles frente al tratamiento de esta emergencia.



En consecuencia en este contexto, se han sumado a la discusión otros actores de Chubut con quienes se comenzaron a transitar reflexiones conjuntas. Sus nombres se listan al final del Documento como “Miembros del Comité ampliado”.

Marco de situación

Desde la demanda realizada el 24 de abril al momento, seguramente los escenarios fueron cambiando y con ello –seguramente- las preocupaciones del personal del Hospital. No obstante trabajamos y emitimos orientación a partir de dicha demanda. Nos parece importante señalar que la misma surge la semana en la que se dieron a conocer las primeras imágenes de los profesionales con EPP que evacuaban un geriátrico en el barrio porteño de Belgrano R entre gritos y desesperación. Estas imágenes circularon por días durante muchas horas, siendo repetidas una y otra vez, promoviendo la circulación del horror.

Por otra parte, y atento a los diferentes niveles de complejidad de los hospitales comarcales, la derivación de casos complejos es un hecho en las localidades chubutenses de la Comarca, que derivarían a Esquel (150 km.), y una probabilidad en el caso del Hospital de Área de El Bolsón, que lo haría a Bariloche (120 km.) Aun cuando el Hospital de Área de El Bolsón decidiera no derivar o no tuviera la posibilidad de hacerlo, el fantasma de la soledad también podría presentarse en el caso de pacientes cuyos familiares se encuentren del otro lado del Paralelo 42º; nuestro límite interprovincial, hoy cerrado.

Discusión:

¿Qué sería despersonalizar la atención? ¿Que quienes intervienen en esa relación de atención dejen de ser consideradas personas? ¿Ambas partes? ¿Sólo los pacientes? ¿Sólo los equipos de salud? ¿Alguna de las partes dejaría de considerar a la otra como persona? Si así fuera, estaríamos, sin dudas, ante una fuerte disyuntiva de orden bioético. No sabemos bien en qué consistiría esa despersonalización que preocupa al equipo de salud pero sí sabemos que, al menos en una primera instancia, el miedo aparece como un factor determinante de la misma. Nos preguntamos entonces ¿El miedo es un fenómeno solamente humano? O tal vez ¿la cualidad de humanidad respecto al miedo radica en qué hacemos con él? Cuando sentimos miedo ¿podemos generar respuestas, conductas, des-humanizantes /des-personalizantes? ¿que des-humanicen al otro? ¿que nos des-humanicen a nosotros mismos y nosotras mismas?

¿Hasta dónde desandar la relación profesionales de salud/paciente en pos de una relación más humana, en pos de alguna eticidad? ¿Cómo se interpretan las medidas sanitarias para la prevención del contagio? ¿Buscamos la disminución de la circulación viral en términos epidemiológicos (es decir, de poblaciones) o nos defendemos de la muerte que el otro nos acerca? ¿Cuál es el temor? ¿A qué le tememos?

De la reconstrucción de la demanda que, en una primera mirada parece atribuir esta deshumanización del trato con pacientes a los usos de EPP y a la distancia que estos imponen, puede verse, no obstante, como fundamento último, el temor. El miedo que sobrevuela toda la escena, y que no discrimina entre profesionales de la salud o pacientes. En función de ello nos parece oportuno dedicarnos brevemente a analizar si, en este caso, ese miedo puede servir para acercar a los actores en un sentimiento que, en principio es común, o si finalmente termina siendo el responsable de dañar el vínculo equipo de salud – paciente, situación que, a la sazón, sí se constituiría en una carencia bioética.

El rol del o de la profesional de salud se construye socialmente desde un lugar de poder y saber, de infalibilidad y certezas, en las que discurre la medicina occidental. El escenario actual de pandemia irrumpe ahí donde no aparece respuesta certera y, por otro lado, la pandemia coloca al miedo -también- del lado de los y las profesionales y no sólo, como estaríamos habituados a pensar frente a otras enfermedades, del lado exclusivo de los y las pacientes. Ambas partes de este sistema de relación se confrontan con la misma angustia e

incertidumbre. El saber y su efecto pacificante/ aliviador en este caso no operaría, no pareciera haber un discurso de saber al que apelar. No habría garantías donde apoyarse o anclarse frente al desvalimiento en el que nos precipita el virus.

¿Qué salida entonces queda a la pura angustia frente a lo desconocido, cuando paciente y equipo de salud parecieran estar en una misma situación? Desde la perspectiva kleiniana (cfr. Klein (1987 [1932]) lo que genera ansiedad es miedo a ser aniquilado. Esta ansiedad toma la forma de una amenaza que proviene del exterior. Mientras que en situaciones habituales el miedo está del lado de los y las pacientes, esta vez está en ambos lados. Los primeros se perciben como amenaza para el personal de salud y el escenario médico-hospitalario puede, en virtud de la carga previa que las informaciones horribles (imágenes estadísticas, testimonio) han depositado en el imaginario social, ser percibido como amenaza por los pacientes, en lugar de como alivio.

En este escenario ¿dónde queda ubicado “el saber”?, ¿dónde se hace el anclaje para pacientes y para profesionales? El miedo es lo que nos iguala, pero esa igualación ¿se convierte en oportunidad o en obstáculo en este contexto incierto? Esa es la pregunta que nos hacemos hoy.

El miedo paraliza, enmudece. En tanto nadie es ajeno a sentir miedo, quizá sea esta, entonces, una posibilidad de vernos como iguales. ¿Qué tanto? ¿Qué tipo de igualdad es la que buscamos? Ya nos hemos interrogado acerca de la posibilidad de desconocer lo conocido, y si esta situación no rebota, en cierto modo, sobre la relación ética que aflora antes que el texto¹. ¿Podremos de-construir la palabra de la ciencia absolutamente, sin perder por ello todo dominio? Porque si puede quien sabe, ¿no se corre, en ese intento, el riesgo de que ya nadie pueda, de que ya nadie cure? ¿Es, acaso, similar temor el de quien cura que el de quien padece? ¿Resulta pertinente que así sea?

Se nos ha interrogado acerca de cómo subsanar la des-humanización que los estrictos dispositivos de precaución imponen en el trato entre profesionales de salud y sus pacientes. Sin posibilidad de opción, unos EPP, que no sólo imposibilitan el encuentro físico directo en cuanto a lo referido al tacto, sino que distorsionan sobremanera el contacto visual y aún el auditivo, complementados con protocolos de conducta precisos, que hacen al trato cuasi maquinal, se interponen entre ambos agentes de una relación ya problemática, como medida prudencial.

Como adelantamos en párrafos previos, nos preguntamos entonces si acaso la igualación que el miedo habilita entre ambos, tal como se percibe en conversaciones, en redes, en medios de comunicación, etc., es sencillamente un obstáculo, o puede también accionar como elemento facilitador de un encuentro que reconfigure esa relación. Y, en consecuencia, si en la tarea de diferenciar temor de prudencia, el conocimiento –que es ciertamente una relación de poder- no podría servirnos de auxilio.

Nos preguntamos acerca de considerar esa deshumanización un dilema de orden bioético. Esto amerita analizar al menos dos aspectos que ya hemos adelantado: las actitudes que podemos llamar prudenciales, y aquellas que, como hemos tratado de explicar arriba, podemos vincular al miedo, a lo traumático, a cierto des-conocimiento al que esta “nueva” enfermedad nos expone. En ambos casos resulta crítico considerar que, aún sin datos precisos para proyecciones estadísticas eficientes, esta afección reviste tasas de mortalidad y letalidad bajas, en comparación con otras noxas (SARS- 1 Y MERS, por ejemplo.); y que la cantidad de casos graves sobre el total de infectados es muy baja. Por ello no podemos perder de vista que **las severas medidas de precaución apuntan, en términos epidemiológicos, al control de la circulación viral más que preservar la vida**. Es decir, siempre importa la vida de una persona, pero, en términos de poblaciones, una tasa de mortalidad baja no sería motivo suficiente para un despliegue como el que vemos. En

¹ Ver Candia et. al. (2019)

cambio, un índice de contagiosidad alto, aunque aún poco estimable, y una población que no cuenta con inmunidad específica, ponen la alarma sobre la posibilidad de una propagación tan veloz que no dé lugar a terapéuticas efectivas y que sature los sistemas sanitarios.

En vista de ello el dilema ético habría que centrarlo, a nuestro entender, en el modo de equilibrar el acercamiento al paciente sin descuidar la principal responsabilidad que implica no abandonar la UCI portando virus, **que se constituye, esta sí, en la clave de la gravedad de esta noxa.**

Muy diferente escenario sería el temor de un/a agente de salud a contraer la enfermedad; temor que, entendemos se halla anclado a lo novedoso de la situación pues, como hemos expuesto y conoce ampliamente el equipo de salud, se trata de una enfermedad que reviste gravedad en un porcentaje bajo de los pacientes infectados.

No podemos dejar de interrogarnos. Es decir, por qué tales enfermedades, con índices de mortalidad y letalidad más alarmantes, y habiéndose incluso cobrado vidas de colegas involucrados, no han provocado tanto miedo al contagio². ¿Será que acaso los mismos EPP, con los que no se contaba plenamente en anteriores ocasiones, nos muestran ahora la cara del peligro? ¿Podemos pensar que estas barreras, que provocan sensaciones ingratas en los/as pacientes, son también las causantes de un desmedido temor en los profesionales? Entonces ¿no estaría el miedo, en este caso, tensando la relación entre quienes cuidan y sus pacientes, que ya es, de por sí, compleja?

En efecto, entre las virtudes éticas, Aristóteles señalaba la prudencia (*fronesis* -que en latín se tradujo *prudencia*: sabiduría, condición del experto, del cauto) relacionada en cierto modo con el conocimiento. La prudencia, como virtud del cauto, mostraba una suerte de racionalidad aún no científica, “porque el objeto de acción puede variar” (Aristóteles 2008:163), mientras que la ciencia, para el griego, define previamente su objeto, lo fija. En nuestro caso, la precaución (lat. *cautio*: cuidado), lo que hacemos para cuidar, vendría de un conocimiento, de una sabiduría. No sería el caso del miedo.

El espacio de cotidianidad, de proximidad, de pertenencia, que Heidegger (2014) llama la casa (*Ethos*)³, es el ámbito en el que nos constituimos desde una perspectiva ética. Pero esa construcción también nos expone, como contrapartida, al extrañamiento. Cualquier amenaza a esa seguridad nos desestabiliza, aún siendo consecuencia de nuestro mundo. A causa de vivir en un mundo de proximidades que nos otorgan seguridad, estamos expuestos a la inseguridad de todo aquello que resulta extraño a ese mundo. Una condición implica necesariamente a la otra.

Según esta mirada, los temores, los miedos (y sobre todo nuestro miedo a morir), resultan entonces inherentes a nuestro mundo. Es nuestro propio mundo, nuestro horizonte ético, condición de existencia de nuestros temores:

El mundo no es añadido alguno al sujeto; no hay hombre sin mundo –la misma realidad del hombre lleva ya aparejada esa su condición mundana.[...] Desde ese punto de vista, esa fuente –digámoslo así– de temores que es nuestra condición mundana estará siempre abierta; si esto es así el miedo jamás desaparecerá de nuestra realidad, estará más o menos presente, pero lo que nunca estará es ausente; será siempre algo

² Sobre este punto en particular surgió un debate respecto de la ubicación del enunciador en relación al miedo. Estamos en estos dictámenes abordando la atención del Covid en virtud de demandas de un equipo de salud (el de El Bolsón) que eventualmente sería el que asumiría la atención. Los casos de Hanta no se localizaron, en el último brote, en El Bolsón sino a 50 kilómetros, en Epuyen. ¿podemos preguntarnos entonces desde la ubicuidad y el contexto de este dictamen particular que estamos presentando sobre el miedo que pudieran haber sentido los médicos de Epuyen en 2018?

³ Según la traducción de Másmela, Heidegger (2014[1979]: 229) lleva *ethos* hacia morada. Más precisamente hacia domicilio o bien, sitio donde habita. De allí hábito, que es la traducción frecuente de ética.

latente, algo susceptible de ser actualizado en cualquier momento, bien para mejor, bien para peor. (Ferrer García, 2013:59)

Resulta importante, no obstante, la diferencia entre el miedo (*Phobos*), y la angustia. El miedo sería para Heidegger (2014[1927]) algo cósmico. La angustia (*Angst*) aparece, en su mirada, toda vez que la realidad se nos muestra externa, desconocida, sin traducir al lenguaje familiar (lenguaje de familia) de nuestra construcción. En cambio, tenemos miedo a algo. Tememos a alguna cosa, un objeto, una circunstancia, aún a la muerte misma, en tanto que es algo y no nada. El miedo se siente hacia algo definible. La definición posibilita situar ese algo que nos provoca miedo; y la posibilidad de situarlo condiciona al miedo que provoca: se teme más cuanto más próximo está lo temido. En consecuencia, la movilidad de lo temido advierte sobre la seguridad que ofrece el distanciamiento: “Lo que puede ser nocivo en sumo grado [...] pero en la lejanía, permanece esbozado en cuanto temible” (Heidegger, 2014[1927]:158). De lejos sólo es “esbozado”, nos dice, de cerca daña.

Se entiende así, en nuestro caso, cómo la prescripción de distancia (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) ha generado, en la seguridad del encierro, el exagerado miedo a la proximidad: si la medida más efectiva es distanciarnos hasta el aislamiento, el miedo se acrecienta proporcionalmente al acercarnos. Ante la medida precautoria de recluirse, se agiganta el miedo a contactarnos.

Como inherente a la vida es el saber de la muerte, no es entonces, según la mirada heideggeriana, la certeza de morirnos, sino la magnitud del movimiento de aproximación de la amenaza, lo que revela el miedo.

Pero la inminencia es a la vez amenaza y aplazamiento. [...] En el modo en que la amenaza me afecta en la inminencia reside mi enjuiciamiento por la amenaza y la esencia del miedo. (Levinas, 2012:266)

Cuando tememos por nuestra vida, ese temor apunta a que nos arrebaten la construcción que hemos hecho de nosotros. Esa vida nuestra es la que nos importa: nuestros sentimientos, nuestros afectos, nuestros hábitos, el ámbito en el cual nos reconocemos, nos sentimos en un mundo. El punto aquí es, nuevamente, reflexionar acerca de que el origen del miedo es profundamente ético, depende de nuestra condición ética. Esto nos puede ayudar a comprender por qué, para determinadas cosmovisiones, el pasaje de la vida a la muerte no importa ninguna situación traumática. Y, en igual sentido, a analizar si el miedo exagerado que sentimos ante esta epidemia, no se debe, al menos en parte, al peso desproporcionado que la concepción científica (moderno-colonial) del mundo, representa en la construcción de nuestros mundos propios; al desproporcionado peso que el conocimiento (científico) aporta, en nuestra cosmovisión, a nuestra situación ética.

Levinas da un paso más. Tememos, hemos dicho, que nos arrebaten nuestro mundo. Tememos, en consecuencia, a una sustracción. Tememos que algo nos sea quitado. Tememos una pérdida. Se vislumbra aquí, señala Ferrer García, una dialéctica privación-posesión. (2013:61). Levinas destaca que, ante la imposibilidad de conocer qué hay después de mi muerte, lo que está en juego es, en cierto sentido, mi poder. “Mi muerte viene de un instante sobre el que no puedo ejercer mi poder en forma alguna” (2012:165). Temo no poder. Porque mi poder lo ejerzo sobre aquello que conozco. Conocimiento y poder se relacionan aquí, nuevamente, en Levinas, así como clásicamente ocurre en la obra de Foucault.

Tal vez estas llaves puedan socorrernos en nuestro intento de morigerar el destrato al que nos empujan las medidas de seguridad sanitarias aplicadas en la prevención y tratamiento de esta enfermedad. Entonces volvemos al comienzo y a la pregunta acerca de **si podemos permitir que el miedo nos empuje a desconocer lo conocido**. Nos preguntamos si deshacer por completo la relación profesional de salud/paciente no es una solución que imposibilita, al cabo, la posibilidad terapéutica. Todos tememos, pues el miedo es condición de nuestra humanidad. Pero el miedo no es -o no debería ser- necesariamente al **otro**. Las

medidas, como el aislamiento social, apuntan a evitar la propagación acelerada del virus en una población carente de inmunidad específica. Cuando nos acercamos a un/a paciente, sea o no portador/a, la ética sugiere prudencia. Esa prudencia reclama una sabiduría, un saber, que en este caso es el mismo para ambas medidas. El o la paciente grave corre riesgo de morir por su condición general, pero el virus es el mismo, y nuestra responsabilidad es evitar que se extienda el contagio. Quien se acerca a un/a paciente no está más cerca de la muerte y ese conocimiento lo tenemos; en efecto el equipo de salud se acerca continuamente a pacientes con virus mucho más letales que el COVID (solamente pensemos, en nuestro entorno próximo y como ya lo mencionamos, en el Hantavirus). Si ignoramos o por un momento olvidamos esto, la relación ética se quiebra, porque colocamos al paciente, como causa del miedo, en el sitio de la “amenaza que se aproxima”, “que puede ser nocivo en sumo grado”, lo des-personalizamos, lo/a ubicamos fuera de nuestro mundo, de nuestro ámbito ético.

Como virtud ética, la prudencia no excluye al conocimiento, muy por el contrario, lo convoca. Permite que ese conocimiento intervenga en la relación y la enriquezca. Uno sabe curar y otro puede curar-se, gracias a esa convocatoria.

Para concluir; en nuestro anterior dictamen, hemos sugerido que el desconocimiento que sobreviene ante lo novedoso de la enfermedad, ante la inédita novedad de enfrentar una pandemia en toda su dimensión, puede facilitarnos el acceso al ámbito no normativo de una ética, en el cual las conductas obedecen a hábitos, intuiciones y afectividades, mucho más que a leyes. Pero también, tal la cita al comienzo de este apartado, nos hemos advertido acerca de que una vez que el conocimiento dice su palabra, teje su red, su vínculo con aquello que nos viene de fuera, nunca podrá ya ignorarse por completo sin que la constitución ética de los actores involucrados en la relación de poder que implica el conocer, resulte afectada. Este dictamen, en cierto modo, vuelve a pronunciarse en ese sentido.

Tal vez sea este el sitio de una bioética: el lugar en el cual la eticidad constitutiva de un individuo se entrelaza, en delicado equilibrio, con un conocimiento de orden científico -la biología, la medicina, la ecología, la psicología, etc.-; y tal vez los conflictos o dilemas que esta disciplina nos presenta podrían abordarse mejor sopesando las tensiones que ese equilibrio establece.

Recomendaciones

La enfermedad es una dolencia personal pero también es una construcción social y cultural donde cada sujeto vive la enfermedad según sus características físicas individuales, sus creencias y su construcción socio-cultural acerca de la enfermedad o padecimiento, y del comportamiento para el cuidado personal y colectivo.

Si intentáramos aplicar ahora al problema que nos aboca algunos de los conceptos que hemos tratado de desarrollar encontraríamos que, en ese mundo de proximidad que describimos para el sujeto, se entretajan, junto a otras cotidianidades -que devienen de la situación socio-cultural en la que vive-, una complejidad de normas, valores, creencias, conocimientos y comportamientos ligados a la salud: hábitos de vida referentes a la alimentación, inmunidad personal e individual, conductas higiénicas vinculadas a servicios sanitarios, accesos a servicios esenciales como agua, luz, cloacas, etc.

Quizá en virtud de ello quisiéramos vincular nuestra recomendación final de este dictamen a la Atención Primaria de la Salud. Se trata de sacar al miedo de su escenario para poder comprenderlo y luego asumirlo.

La utilización de EPP y normativas protocolares estrictas dentro de las UCI no pueden cuestionarse si, como puntualizamos en otro apartado, de lo que se trata es de que el virus no abandone esa unidad de terapia. Algunas recomendaciones como hablar clara y pausadamente al paciente desde su ingreso a la unidad, visibilizar los nombres de los agentes sanitarios sobre sus EPP, o utilizar fotografías son sin dudas de utilidad para que el

trato no resulte, finalmente, en un deterioro de la relación ética. Pero si intentamos pensar que el miedo debe dejar su sitio a la prudencia, el conocimiento debe poder intervenir en esa relación, y quizá sea demasiado tarde esperar que esto ocurra al momento de la internación en una unidad de cuidado intensivo.

Por ello en estos tiempos de pandemia, más que nunca, creemos que se vuelve necesario considerar a la Atención Primaria porque es la que puede brindar una atención integral de las personas, considerando la pertenencia del individuo a un lugar, a un barrio, a una sociedad, evaluando las necesidades y circunstancias de las personas como las de sus familias y sus comunidades. La Atención Primaria vela porque las personas puedan satisfacer sus necesidades sanitarias a lo largo de la vida.

Por estas razones, por acercarse a ese mundo propio, cercano, comunitario que constituye a la persona en su condición ética más profunda, pensamos que quizá sea esta instancia, la de la Atención Primaria, el momento más propicio para construir en forma conjunta entre médico y paciente, el conocimiento que facilite reconocer en esas terribles barreras que los EPP imponen, precauciones prudentes más cercanas a la seguridad y al cuidado que a la distancia, el rechazo o el abandono.

Para los casos de esta nueva enfermedad será un especial desafío acompañar al paciente y su entorno, haciendo hincapié en la reducción del daño físico y emocional, tanto del sujeto como de la familia que, aunque en ocasiones no se infecte, también padece desde varios aspectos sociales, culturales, la carga social (estigmatización). Por ello es importante establecer enfoques específicos teniendo en cuenta a la familia y a la sociedad donde se encuentra insertada la persona enferma.

En cuanto a la comunidad es importante trabajar con actores sociales comunitarios acerca del auto-cuidado personal y comunitario, porque el cuidado es colectivo; también trabajar con otras necesidades como alimentación adecuada, calefacción, educación, y contención en situaciones complejas. Trabajar para que no exista desigualdad en el acceso a la salud, ya que esto genera más desigualdad social.

Tal como expusimos, el miedo constituye una carencia ética cuando empuja a identificar al virus con la persona... des-humanizándola (considerándola “el peligro” y no un ser humano). Esa deshumanización, esa ruptura de la relación ética, puede recomponerse reubicando al Covid-19 como fenómeno social al que hacerle frente como comunidad. Comunidad implica igualdad, igualdad de condiciones desde donde desplegar la vida. Se trata de una igualdad de base. Si esta igualdad no opera, si algunos quedan excluidos de esa igualdad, quedan excluidos de la comunidad y “la comunidad” deja de ser tal porque pasa a ser de algunos y no de todos. Se constituye así –mediante una operación de exclusión- una falsa comunidad. Esa falsa comunidad tiene como condición de base la deshumanización. Deshumanización que se refuerza, se redobra, se legitima, al identificar “lo malo” (lo que pone en peligro a la comunidad) con aquellos que la falsa comunidad ha excluido para constituirse. Es un fenómeno que cotidianamente vivimos en nuestra sociedad cada vez que los excluidos sociales son vistos, sentidos, pensados y tratados como peligrosos, como enemigos de “lo social”. El Covid-19 avanza en las sociedades del mundo sin distinguir los injustos órdenes sociales que imperan en él. Este avance indiscriminado de la enfermedad hace estallar el temor a los cuatro vientos cuando, además de ello, las políticas de prevención son reemplazadas por políticas del control. Estas últimas son las que reproducen la lógica excluyente de la desigualdad social, identificando al virus con “el otro”, el peligroso, el extranjero, o el que no acata las reglas, sin detenerse a pensar si esas reglas son cumplibles por todos, si fueron pensadas para todos. Las políticas de prevención son las que entienden que la desigualdad (no la diferencia, la desigualdad) imposibilita “lo común” porque des-humaniza, y esa des-humanización enferma. Son las que entienden que no todos están en condiciones de sostener las reglas porque –de hecho- fueron construidas para no-todos. Recomponer “lo común”, esa es la apuesta ética. Tal vez el miedo, que a priori resultó un factor “igualante”, pueda reorientar nuestros compromisos éticos en ese sentido.



Hablar de deshumanización, como señalamos al comienzo, no podría no considerarse una fuerte carencia de orden bioético. Pueda, quizás, la mirada que nos permitimos proponer, facilitar la tarea de deshacer el vínculo significativo entre EPP y des-humanización e intentar una cierta genealogía que pueda mostrarnos con mayor claridad si, acaso, esa carencia no comienza muy lejos de la UCI, en las situaciones de desigualdad, de desinformación, de condiciones socio-económicas y culturales insatisfechas que facilitan el contagio. Tal vez los EPP estén funcionando tan solo como una lente de aumento que nos permita visibilizar todo aquello que no nació con el COVID y que allí quedará, para impulsarnos a seguir trabajando, una vez que pase la pandemia.

Bibliografía y Fuentes

- Aristóteles (2008). *Ética Nicomáquea*. (Trad. Palli Bonet). Buenos Aires: Del nuevo extremo.
- Candia, S.; Melihual, C., Muscillo, M., Roggero, C.; Ruiz, P.; Swain, K.; Tozzini, M. A. y Villate, S. (2019). "Saber y no poder. Tratamiento agudo del ACV y políticas sanitarias. Una mirada situada desde el Comité de Bioética, Hospital de Área Programa El Bolsón, Río Negro". *Revista Neurología Argentina*. DOI: 10.1016/j.neuarg.2019.01.004. Texto completo Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-avance-resumen-saber-no-poder-tratamiento-agudo-S1853002819300047>
- Ferrer García, A. (2013). Temblor sin temor, miedo y angustia en la filosofía de Martin Heidegger. *Factótum, revista de filosofía* 10, 55-67. Disponible en: http://www.revistafactotum.com/revista/f_10/articulos/Factotum_10_5_Alberto_Ferrer.pdf
- Heidegger, M. (2014 [1927]). *El ser y el tiempo*. (Trad. J. Gaos). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Heidegger, M. (2014 [1979]). *Heráclito* (Trad. Másmela). Buenos Aires: El Hilo de Ariadna.
- Klein, M. (1987 [1932]). *Obras Completas, Tomo 2, El psicoanálisis del niño*. Barcelona: Paidós.
- Levinas, E. (2002). *Totalidad e infinito*. (Trad. D. E. Guillot). Salamanca: Sígueme.

Miembros del Comité de Bioética del HAEB

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

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

Miembros del Comité ampliado:

Del Hospital Rural de El Hoyo, Chubut

- Matías Arnedo, Médico Pediatra
- Leticia Báez, Jefa de Enfermería
- Solange García Troyano, Médica Generalista
- Daniel Peretti, Bioquímico

Independiente: Verónica Nuñez, Licenciada en Psicología