

# Revista Patagónica de Bioética

Año 6, N° 11



Fotografía Celeste Sakura Bustos

## **Equipo Editorial**

### **Directora**

*Andrea Macías*

### **Editora**

*Nadia Heredia*

### **Secretaría General**

*Silvana Rojas*

### **Editorxs Asociadxs**

*Carolina Angelini*

*Marcela Fontana*

*Cecilia Labriola*

*Rubén Monsalvo*

*Mónica Oppezzi*

*Marcela Olivero*

## Información sobre la Revista

Publicada desde el año 2014 por la Dirección de Bioética del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

ISSN 2408-4778

Las ideas y opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no representan, necesariamente, el punto de la Dirección de Bioética e Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

Revista Patagónica de Bioética

Publicación semestral on-line

Año 6, N° 11

Directora: Andrea Macías

Editora: Nadia Heredia

E-mail: [bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com](mailto:bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com)



Licencia Creative Commons BY/NC/SA

Se puede reproducir el material citando el origen, sin fines comerciales y sin modificaciones.

Dirección de Bioética

Ministerio de Salud, Provincia de Neuquén

(0299) 449 5590 - 4495591 int. 7550

Av. Antártida Argentina 1245, Edif. CAM 3 - CP 8300- Neuquén Capital Provincia de Neuquén

## Sumario

### Editorial

*Andrea Macías y Nadia Heredia* ..... 5

### Artículo inédito

**El aporte de la categoría de alteridad-hospitalidad para pensar la Bioética en contextos complejos**, por Esmeralda Lucca ..... 8

### Sección Conversando comunitariamente

#### Voces ante el COVID-19

**Lo quemaron por brujo**, por Matías Ahumada ..... 16

**COVID-19. Historia de un proceso de recuperación y sueños**, por Daniel Manoukian ..... 18

#### Desde acceso abierto

**La vida, el metabolismo civilizatorio ser humano/naturaleza y la inmunología comunitaria. Una lectura desde la Filosofía de la liberación ante la pandemia del COVID-19**, por Jorge Alberto Reyes López ..... 38

### Noticias/Novedades

#### DOCUMENTOS ELABORADOS POR LA DIRECCIÓN DE BIOÉTICA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19

**Consideraciones respecto al proceso de consentimiento informado para terapéuticas no probadas o fuera de prospecto de personas con COVID-19**, por Carolina Angelini, Cecilia Labriola, Andrea Macías, Marcela Olivero ..... 46

**Aspectos éticos en la atención de las personas durante la pandemia por Coronavirus (SARS-CoV-2)**, por Carolina Angelini, Cecilia Labriola, Andrea Macías, Marcela Olivero y Juan Schuhmacher ..... 49

**Instrucciones para lxs autorxs** ..... 66



## Editorial

Estimadxs lectores de la Revista Patagónica de Bioética, esperamos se encuentren bien al momento de leer estas líneas, al leer este número tan especial. Tal como sucedido estos tiempos la regularidad y lo planificado han sufrido cambios significativos. Nos hemos enfrentado a situaciones de complejidades no conocidas, lo cual no es poco decir. La pandemia que atravesamos a nivel provincial, nacional y mundial ha trastocado nuestra cotidianidad, ha transformado nuestros modos de vida. Cambió nuestra forma de entender lo esencial, lxs esenciales, lo político (¿público?, ¿privado?), lo económico (¿es prioridad? ¿en qué sentidos?), la vida misma. La desigualdad preexistente puso de manifiesto la complejidad de la atención a las vulnerabilidades. Las grandes deudas pendientes de nuestra sociedad se hicieron rostro, dejando al desnudo su riesgo vital.

Desde un abordaje de la Bioética la situación presenta una doble cara: habiendo mucho por analizar y por decir, hay más aún para resolver en los tiempos que este presente exige. Es decir, nuestrxs autorxs principales, lxs integrantes del equipo de la salud, se encuentran totalmente afectado a las tareas que pauta la creciente exigencia de atención a la situación sanitaria.

Sin embargo, hemos logrado reunir una serie de voces que abordan temáticas específicas respecto de la pandemia, temáticas de derechos humanos, y abordajes filosóficos que profundizan acerca de las nociones de cuidado, del Otrx, de la ética, la bioética, lo comunitario y lo político.

Como **Artículo inédito**, *El aporte de la categoría de alteridad-hospitalidad para pensar la Bioética en contextos complejos*, de Esmeralda Lucca, nos invita a reflexionar acerca de la importancia del lugar de toda Otridad, desde la ética y el cuidado que toda alteridad exige. Sin embargo ¿cómo afecta nuestra vinculación con Otras alteridades este contexto de pandemia por COVID-19? ¿Qué se pone en juego en la interpelación de todx Otrx, y más aún en estos tiempos? La autora nos confirma una certeza, una esperanza: “pensar en términos de alteridad-hospitalidad implica sostener una mirada esperanzadora, de confianza, de cambio y de cuidado por el/la Otro/a”.

También desde un enfoque filosófico, el artículo de Jorge Alberto Reyes López *La vida, el metabolismo civilizatorio ser humano/naturaleza y la inmunología comunitaria. Una lectura desde la Filosofía de la liberación ante la pandemia del COVID-19*,

La Sección **Conversando comunitariamente** esta vez compila una serie de escritos recibidos por distintxs colegas que, en este contexto abordan diferentes aspectos que la pandemia ha puesto de manifiesto. Por su parte, Ahumada nos invita a reflexionar en torno a un hecho atroz sucedido durante la pandemia, el asesinato de un chaman ecuatoriano, que al mejor estilo inquisitorio lo matan bajo la acusación de “brujo”. La negación de las diversidades en nuestros territorios sigue siendo malas noticias. Lo negro sigue siendo insultante o plausible de aclaración en su pretensión de bondad. Lo inadmisibile se hace hecho comunitario. La herida decolonial nunca puede cerrar de esta forma.

Daniel Manoukian, a través de su artículo *COVID-19. Historia de un proceso de recuperación y sueños*, nos propone pensar en base a datos actualizados sobre lo actuado desde el Estado a partir de la situación de pandemia mundial, que como país atravesamos. La relevancia del rol del Estado, sus políticas públicas en la resolución a una inminente crisis sanitaria se han visto evidenciadas en los últimos meses. El accionar concreto de medidas que posicionan al actual gobierno como un actor presente en las acciones requeridas tanto en sector de la salud pública, como en la inversión que estas acciones requieren, son datos que no escapan al fino análisis que Manoukian propone. Garantizar hoy el acceso a la salud de los sectores más vulnerados de nuestra sociedad, “podrían constituir una sólida base que nos habilite a soñar con un sistema de salud garante de del derecho esencial del acceso a la salud” (Manoukian D., 2020).

**Desde el acceso abierto**, el artículo *La vida, el metabolismo civilizatorio ser humano/naturaleza y la inmunología comunitaria. Una lectura desde la Filosofía de la liberación ante la pandemia del COVID-19*, de Jorge Alberto Reyes López nos ofrece una profunda y sentida reflexión en torno a nuestras comunalidades modernas y los resultados que estas formas de vida, regidas por los mecanismos del capital nos han demostrado. La pregunta que inquieta, para el autor es “¿Contamos con las ciencias de la vida a la altura de los males existentes?”. El ritmo que impuso la economía en sus diferentes ciclos trastocó nuestros más profundos sentidos de lo que consideramos prioritario. ¿Vida o capital?, ¿salud o mercado?:

“[L]as amenazas epidémicas de las sociedades posindustriales son precisamente las que le son propias, las que no pueden ser resueltas porque

eso significaría saltar sobre la propia sombra de la aceleración” (Reyes López J. A., 2020).

La falsa dicotomía economía vs. vida nos ha permitido, de forma impensada y repentina volver a poner en debate desde sistemas político-económicos más amigables con los sentidos de la vida, hasta viejos debates arrumbados, luego de la tan valuada muerte de los grandes relatos. El punto clave recayó en lo cotidiano, en lo esencial: “guardarse en casa” o el “realizar sólo actividades esenciales productivas” implican el cierre de la válvula de oxígeno al capital” (Reyes López J. A., 2020). Partiendo de la Filosofía de la Liberación de Enrique Dussel, Reyes López nos deja un sabor a esperanza, quizás este sea el “tránsito desde otro mundo, el mundo del semejante que alumbra en las tinieblas”.

En la Sección de **Novedades** la Dirección de Bioética nos comparte dos documentos elaborados en el marco del contexto de pandemia, sobre aspectos éticos en distintas situaciones en la atención de pacientes con COVID-19. Es claro que el COVID-19 ha planteado nuevos desafíos al sistema de salud en peno, y a sus modos de funcionamiento habitual. El hecho que la gravedad de un alto porcentaje de pacientes lxs haga posibles pacientes de cuidados críticos, requiere revisar los protocolos vigentes, el manejo de la información a brindar, y demás avatares referentes a la atención de personas. Mantener presentes los derechos de las y los pacientes como el consentimiento/rechazo informados, es un compromiso de la Dirección de Bioética, en este nuevo contexto.

Nadia Heredia y Andrea Macías

**¡Pasen y lean este nuevo número!**



## Artículos inéditos

### **El aporte de la categoría de alteridad-hospitalidad para pensar la Bioética en contextos complejos.**

Esmeralda Lucca<sup>1</sup>

#### **Resumen**

Este artículo busca establecer relaciones entre la Bioética, en su aspecto interdisciplinar, con las categorías de alteridad y hospitalidad provenientes de la filosofía. Reflexionar y analizar en un contexto complejo, de relaciones interpersonales mediadas por el COVID-19 y Aislamiento/Distanciamiento. La alteridad es un concepto que permite pensar situaciones vinculadas a la exclusión, expulsión y negación de la otredad de personas que se presentan con alguna necesidad y/o requerimiento. Vincularse con la alteridad desde una posición de hospitalidad y apertura representa un verdadero desafío, un riesgo, ya que ese/a otro interpela y requiere una aceptación y reconocimiento de su diferencia, cuestiona al Yo. En Bioética, ese/a Otro/a que irrumpe puede ser un/a paciente que reclama por sus derechos, personal de salud que está siendo excluido por su tarea. La hospitalidad, la responsabilidad que implica, devuelve dignidad en el reconocimiento pleno de ese/a Otro/a.

**Palabras clave:** Bioética, alteridad, hospitalidad.

---

#### **Bioética y alteridad. Episodio I**

---

<sup>1</sup> Profesora, Licenciada y Magister en Filosofía. Participante como Miembro de la Comunidad en el Comité de Bioética Asistencial de Zona Sanitaria. Docente en Nivel Medio y Terciario. [esmeraldaluca@hotmail.com](mailto:esmeraldaluca@hotmail.com) Fecha de envío del artículo: 06/07/2020.

Pensar la Bioética en contextos complejos, de pandemia, como el que estamos atravesando mundialmente, nos permite compartir y recuperar categorías de la Filosofía que puedan aportar desde la pregunta, la reflexión y el análisis tanto a la construcción de vínculos más solidarios como a los procesos de toma de decisiones de las comunidades y de las personas en asuntos relacionados a la Bioética.

Los procesos democráticos de consenso, análisis y reflexión plural que propone la Bioética, se presentan como una posibilidad para discutir aquellas cuestiones propias de esta disciplina y que tienen consecuencia tanto en las decisiones de las personas como en las definiciones políticas de asuntos vinculados a la salud pública. La perspectiva plural de la Bioética, su fundamento en los Derechos Humanos, la defensa de la dignidad de la persona, de la libertad y la autonomía, nos permite reconocer las grandes desigualdades existentes en nuestro país, desigualdades sociales, económicas, ambientales, de acceso a la educación e información, a las prestaciones de salud, entre otros.

Una de las consecuencias sociales del contexto actual que observamos, se encuentra en los modos de exclusión/discriminación e intolerancia hacia aquellas personas que se han contagiado con el virus, o hacia quienes trabajan en el sector de la salud atendiendo estas mismas situaciones. A los fines de encontrar otras maneras de vincularnos, de reconocer a los/as demás es que planteamos esta problemática a partir de interrogantes que oriente las reflexiones, el análisis y propuesta de este trabajo como una posible manera de atravesar contextos complejos.

Es así que nos preguntamos, ¿De qué maneras la categoría alteridad en su vínculo con la hospitalidad pueden realizar aportes para pensar la Bioética en general y en contextos de pandemia en particular? ¿Quiénes son esos/as Otros/as, los/as trabajadores/as de salud, los/as contagiados/as, muertos/as por COVID-19? ¿En qué sentido sería posible pensar modos de relacionarnos que se sostengan en la dignidad, solidaridad y hospitalidad entre personas?

Una posible respuesta, nuestra hipótesis de trabajo es que en términos de la alteridad y hospitalidad, la presencia e irrupción del Otro/a en su individualidad, con su necesidad (virus, soledad, miedo al contagio y a contagiarse, muriendo en aislamiento) nos interpela a salirnos de nuestro centro, ir al encuentro, despojándonos de las categorías y prejuicios hacia esa otredad. Es la apertura a lo diferente, a los completamente extraño, lo otro que necesita ser acogido/a, recibido/a, que pone en tensión la vulnerabilidad, el riesgo con el que abrimos esa puerta y somos hospitalarios/as, solidarios/as.

En un mundo en el que la primacía del YO aparece siempre en el centro, anteponiéndose a los/as Otros/as, podemos recuperar del campo de la Filosofía a partir de una ética centrada en el respeto y la responsabilidad, con claras consecuencias

políticas. Categorías como la hospitalidad, alteridad, otredad, son centrales en la reflexión ético-filosófica acerca del encuentro con el/la Otro/a y la responsabilidad/corresponsabilidad que ello implica. Emmanuel Levinás, Jacques Derridá, Enrique Dussel y Carlos Skliar son autores de referencia que desde la diversidad nos permiten realizar un recorrido para sostener la idea presentada y a la vez convocar a su lectura.

### **Una primera aproximación: La hospitalidad, modo de encuentro con la alteridad en contexto de COVID-19**

Preguntarnos en este contexto quiénes son las alteridades y cómo nos relacionamos con ellas, nos permite vislumbrar los procesos de discriminación y exclusión que estamos presenciando y de los que formamos parte. Así, irrumpen como la exterioridad absoluta, lo extremadamente distinto: el vecino o vecina sospechado de COVID-19 o realizando el aislamiento en su domicilio, los/as trabajadores/a de salud que transitan por ambientes de circulación del virus, el paciente internado/a que se encuentra en soledad, la sospecha hacia sus familiares.

En este sentido, a los fines de ampliar la ejemplificación, hemos conocido distintas maneras y acciones en las cuales han sido negadas las alteridades de las personas. Exigir las identidades de quienes se han contagiado con el virus; apedrear casas de quienes están haciendo aislamiento preventivo por caso sospechoso o están realizando internación domiciliaria por caso confirmado y no requieren internación en hospital; repudiar y/o pedir que se muden de edificios o se retiren de comercios a trabajadores/as de la salud; xenofobia, enojo y furia hacia grupos sociales considerados responsables de la circulación del virus; negar la atención y cierre de baños de estaciones de servicio para transportistas; los cierres de fronteras entre naciones, provincias y localidades. Entre otras situaciones de público conocimiento.

Podemos interpretar estos y otros actos de discriminación y violencia hacia los grupos de personas mencionados antes como una consecuencia de primacía del Yo en el mundo Occidental, característica que se ha profundizado en las últimas décadas, con la explosión del consumo, circulación y exposición de la privacidad e información en redes sociales y medios de comunicación. Esta primacía implica que hay una mirada hacia el Otro - que se presenta con su necesidad- que parte del YO, de las categorías con las que el Yo puede pensar al Otro/a y hacerlo/a más parecido, similar. En esa semejanza, el Yo no se siente en riesgo, puede volver parecido a sí mismo a quien se acerca y demanda ayuda, sin embargo, al volverlo semejante, le está negando su identidad y diferencia. Cuando no es posible transformar a ese/a Otro/a a partir de esas categorías, el YO lo

excluye, discrimina, violentando su dignidad y derecho como persona, niega su rostro.

“2.4.2.2 El rostro del hombre se revela como otro cuando se recorta en nuestro sistema de instrumentos como exterior, como alguien, como una libertad que interpela, que provoca, que aparece como el que resiste a la totalización instrumental. No es algo; es alguien.”<sup>2</sup> (Dussel, 1996: p. 56).

Entonces, cuando ese rostro, ese/a Otro/a se presenta en su alteridad y diferencia, pone en riesgo al Yo, lo vuelve vulnerable, (ya sea porque puede contagiarle, violentarle), el Yo reacciona con la expulsión, cierra la puerta, no recibe a quien representa la diferencia extrema. No deja entrar ni acoge a quien considera su enemigo. Hay una negación del Otro/a, de su identidad y necesidad, de su mismidad. En el mejor de los casos se produce una reducción a las categorías del Yo que lo/a vuelven semejante, aceptable, tolerado/a<sup>3</sup>, desotrado/a, en definitiva sometido/a y enmarcado/a en las condiciones que ese YO establece para el encuentro.

Ahora bien, en ese encuentro con el Otro/a, el Yo se vuelve tensionado, y solamente cuando abre la puerta sin condiciones, se produce de manera inmediata una apertura en responsabilidad y solidaridad hacia ese Otro/a, en los términos del filósofo Emmanuel Levinas, “La puesta en cuestión del YO por obra del Otro me hace solidario con el Otro (Autrui) de una manera incomparable y única.”<sup>4</sup> (Levinas, 1998: p. 63).

La solidaridad, en este sentido es apertura, es hospitalidad por quien se presenta ante nuestra puerta requiriendo respeto, reconocimiento de su alteridad, ayuda. La relación es horizontal, aún cuando se produce en la tensión y no hay un Yo que se impone y que plantea condiciones. La responsabilidad que hallamos en esta situación de acogida y hospitalidad, no es siempre recíproca, sin embargo ello no desobliga al Yo a ser absolutamente responsable. Y necesariamente esta responsabilidad tiene un impacto en las dinámicas sociales, produce cambio social, en los modos de vincularnos.

Esa apertura, el recibimiento de lo absolutamente Otro, de quien es hostil para el YO, es lo que Emmanuel Levinas reconoce como Hospitalidad. La actitud hospitalaria implica solidaridad, amistad y una responsabilidad por ese Otro/a que está requiriendo algo; se trata de un vínculo complejo en el que el/la Otro/a tensiona al momento de

---

<sup>2</sup> DUSSEL, E. (1996). Filosofía de la Liberación, Editorial Nueva América, Bogotá.

<sup>3</sup> En las discusiones de la filosofía, la tolerancia no representa una posibilidad de encuentro horizontal y de respeto con el otro/a ya que en esta relación el otro/a es colocadx en un lugar de sometimiento, se niega su identidad, su diferencia. Por ello, la categoría que contempla la alteridad en su identidad y diferencia es la hospitalidad.

<sup>4</sup> LEVINAS, E., (1998). La Huella del Otro, Editorial Taurus, México.

hacerse presente y define al Yo en la relación de recibimiento, respeto por su alteridad y hospitalidad. La acogida del/la Otro/a, del auténtico Otro, es incondicional, el/la Otro/a, el rostro del/la Otro/a no está siendo enmarcado por la comprensión de quien lo recibe, es decir, no es reducido a categorías de semejanza con el YO.

Siguiendo este planteo, el Filósofo francés Jacques Derrida, nos dice:

“(…) Desde el momento en que estoy en relación con el rostro del otro, en que hablo al otro y en que escucho al otro, la dimensión del respeto está abierta. Después resulta preciso, naturalmente, hacer que la ética esté en consonancia con esa situación y que resista a todas las violencias que consisten en reprimir el rostro, en ignorar el rostro o en reducir el respeto.” (Derrida, 1997: p. 2-3).

La Hospitalidad es un acto de apertura, de confianza, de solidaridad, responsabilidad y cuidado hacia ese/a Otro/a, de respeto por su rostro. No hay condiciones para recibir y dar acogida a quien irrumpe en la comodidad de un Yo intocable y egocéntrico. El Yo asume el riesgo, que no es riesgo de contagio, no es una vulnerabilidad en la que el/la Otro/a se violenta, sino que en ese nuevo vínculo, el Yo también es reconocido y respetado en su diferencia, en su identidad, es decir, en su alteridad. Se trata entonces de un cambio en el Yo, se sale de su centro, de sus categorías excluyentes y discriminatorias. El Yo también es Otro/a.

Dentro de los aportes que se han realizado en los últimos tiempos a la reflexión de la alteridad-hospitalidad, no podemos dejar de mencionar a Carlos Skliar, que recupera los análisis que Dussel, Levinas y Derrida, entre otros/as filósofos/as, han producido y propone un alcance también para escenarios educativos. A partir de la irrupción del/a Otro/a tenemos la responsabilidad también de una profunda revisión ético-política.

“El otro ya no es dato sino una perturbación de la mismidad, un “rostro” que nos sacude éticamente. La irrupción del otro es lo que posibilita su vuelta; pero no irrumpe para ser bienvenido o desquiciado, ni para ser honrado o denostado. Irrumpe en cada uno de los sentidos en que la normalidad fue construida. No vuelve para ser incluido, ni para narrarnos sus historias alternativas de exclusión. Irrumpe, simplemente, y en esa irrupción sucede lo plural, lo múltiple, la diseminación, la pérdida de fronteras, la desorientación temporal, el desvanecimiento de la propia identidad.” (SKLIAR, 2002: p. 114).

En contextos de aislamiento y distanciamiento social, como nuevos modos de vincularnos para prevenir el contagio, claramente se obstaculiza y dificulta el encuentro, la apertura, la hospitalidad y el respeto a la alteridad en su sentido más pleno. Resulta

interesante pensar que estos nuevos modos se sostienen en un real sentido solidario de cuidado del Otro/a. Sin embargo, también se puede considerar como una clara muestra de la centralidad del Yo, de un distanciamiento y aislamiento sostenido en el miedo y rechazo hacia el/la Otro/a. Considerando ambas posibilidades, en ninguno de los casos podemos eludir la interpelación ética que ello implica no sólo como personas, sino también en un nivel más comunitario.

### **Bioética y alteridad. Episodio II**

A partir de estas primeras aproximaciones a las categorías de la alteridad-hospitalidad vinculadas a las complejidades de la vida en contexto de COVID-19, consideramos necesario recuperar el planteo inicial, pensar más allá de este presente atravesado por la pandemia, establecer algunas ideas que nos permitan orientar la reflexión de la Bioética en su vínculo con la Filosofía y especialmente con la idea de alteridad, en estrecha relación con la solidaridad y hospitalidad.

El tema que nos convoca y las preguntas que nos planteamos en el presente trabajo, al incorporar los conceptos de la Filosofía mencionados, no son novedosas, podemos encontrar trabajos que interpelan a la Bioética, a pensarse desde la alteridad y puntualmente refieren al pensamiento de Emmanuel Levinas, filósofo que citamos en el apartado anterior. Sin embargo, los artículos que realizan este abordaje, parten de una concepción principalista/anglosajona de la Bioética, mirada que en América Latina ya no se comparte. En América Latina, como mencionamos en la primera parte del trabajo, se sostiene hace tiempo una Bioética fundamentada y centrada en los Derechos Humanos (Macías, 2012: p. 125-142), posición que también orienta este trabajo.

Es importante aclarar que no es propósito de este trabajo explicitar o comparar los diferentes enfoques en el desarrollo de la Bioética en distintas partes del mundo y de nuestro país, pero es significativo señalar esta diferencia, que en nuestro caso se expresan en las acciones que se llevan adelante de manera interdisciplinarias en muchas de las Áreas de Bioética de los Sistemas de Salud de nuestro país con diferente impacto en las comunidades.

Las alteridades que tensionan los discursos y reflexiones de la Bioética son múltiples, heterogéneas y representan lo completamente Otro/a, que con su ajenidad se ven ampliadas las desigualdades en el acceso y en el ejercicio de los derechos vinculados con la atención de la salud, lo que obstaculiza la posibilidad de encuentros hospitalarios con los/as Otros/as. En esa diversidad encontramos pacientes leyendo/ firmando consentimientos informados; adolescentes que requieren atención sin la compañía de una persona adulta; mujeres y varones transexuales que acceden a distintos tratamientos o

que se les niega el mismo; médicos/as que expresan su objeción de conciencia para realizar determinadas prácticas; familiares y pacientes de cuidados paliativos; información y datos de pacientes que circula; mujeres a las que se les niega la interrupción legal del embarazo; pacientes que se niegan a la realización de determinados tratamientos.

Se trata de alteridades que irrumpen, interpelan, movilizan, cuestionan las certezas y exigen el cumplimiento de un derecho. El encuentro con el/la Otro/a en su sentido hospitalario y solidario, de responsabilidad por ese rostro, no sólo refiere al encuentro entre personas, sino también se trata de comunidades, grupos sociales en situación de vulnerabilidad como manifestación de las grandes desigualdades e injusticia social. Hay claramente una dimensión política a la que tampoco se puede eludir en los procesos de toma de decisiones personales, comunitarias y de países.

Una concepción amplia y actual de la Bioética, nos permite entenderla:

“(…) en un sentido global, como “la ética de las ciencias de la vida y la salud”. Esta comprensión de la Bioética, significa que va más allá de las cuestiones éticas de la medicina para incluir las cuestiones éticas de la salud pública, la genética, la salud ambiental, las prácticas y tecnologías reproductivas, la salud y el bienestar animal” entre otros.” (Lam, 2012: p. 101-124).

En ese sentido, para cerrar este apartado, siguiendo el análisis reflexivo a partir de la categoría de alteridad-hospitalidad y trasladándola a la dimensión ambiental y de los derechos de los animales, ¿es posible hablar de alteridades?, ¿son los animales y el planeta un Otro que irrumpe nuestra normalidad?, ¿en qué sentidos sería posible pensarlo? La Filosofía y los/as filósofos/as han realizado propuestas éticas y antropológicas al respecto, que tal vez se pueda retomar en los ámbitos de reflexión y discusión Bioética desde el marco de los Derechos Humanos.

### **Consideraciones finales**

Al iniciar el trabajo nos preguntamos acerca de cómo pueden aportar las categorías de alteridad-hospitalidad a la reflexión bioética. Nuestro recorrido nos permitió sostener un planteo central de reconocimiento de la dignidad del/la Otro/a en su rostro, que el extrañamiento y la ajenidad absoluta de ese/a Otro/a no deben ser impedimentos para una comprensión y responsabilidad solidaria y hospitalaria hacia ese/a Otro/a. En cuestiones vinculadas a la Bioética, por un lado, pudimos vislumbrar en contextos de pandemia, que es necesario proponer otros modos de encuentro, alejados de una mirada egocéntrica y de engañosa solidaridad; por otro lado, tal vez sea necesario seguir

pensando las alteridades en su dimensión más amplia e inclusiva.

En situaciones complejas, en las que se interpelan las certezas que sostenemos como personas y como comunidad, consideramos que es necesario, ineludible y urgente transitar las tensiones, reflexionar a partir de los interrogantes que movilizan y trastocan nuestros puntos de referencia. Ahora bien, la reflexión y el análisis no se quedan en la mera teorización de lo que nos está sucediendo, sino que abren la posibilidad de que, aun cuando surgen nuevas preguntas, podamos tomar decisiones que nos habiliten a vincularnos con las alteridades de un modo hospitalario.

Finalmente, frente a las desigualdades que se profundizan en contextos de pandemia, donde observamos que los sectores más vulnerables se vuelven más vulnerables, pensar en términos de alteridad-hospitalidad implica sostener una mirada esperanzadora, de confianza, de cambio y de cuidado por el/la Otro/a. No sólo porque un mundo mejor y más justo es posible, sino porque lo está siendo y porque el/la Otro/a importa.

## **Bibliografía**

- Beltrán, E. J. (2017). Prolegómenos para una bioética desde el principio de alteridad. *Revista humanidades*, 7(1), 1-27. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/h.v7i1.27621>
- Derrida, J. (1997). Sobre la Hospitalidad, Entrevista, *Revista Palabra*, edición digital de Derrida en Castellano. En <https://redaprenderycambiar.com.ar/derrida/textos/hospitalidad.htm>
- Dussel, E. (1996). *Filosofía de la Liberación*, Editorial Nueva América, Bogotá.
- Lam, E. (2012). El desarrollo de la Bioética en América Latina. Una visión desde Argentina, en Casado M. y Luna F. (coords.): *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*. Civitas.
- Macías, A. (2012). “De la teoría a la práctica: disonancias entre la formación bioética y la práctica de la atención de la salud en Latinoamérica. Una perspectiva desde Argentina”; en Casado M. y Luna F. (coords.): *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*. Civitas.
- Rovaletti, M. L. (2007). Hacia una experiencia primaria de la alteridad: el otro en las situaciones límites. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-073/62>



## Sección Conversando comunitariamente

### Lo quemaron por brujo

Matías Ahumada<sup>5</sup>

El asesinato del *ajq'ij*<sup>6</sup> Domingo Choc es un acontecimiento complejo inserto en la trama de borramientos de cuerpos, saberes y prácticas que la monocultura occidental perpetra desde el siglo XV y que actualmente combina, como nunca antes, extractivismo, fanatismo religioso, narcotráfico, residuos del militarismo latinoamericano y racismo, por mencionar sólo los aspectos más manifiestos de esa complejidad.

“Lo quemaron por brujo”, fue lo que se difundió en las redes globales de esa (nuestra) monocultura que, como una pantalla opaca, un espejo oscuro y humeante, tapa más de lo que muestra. Reverbera en esa expresión el calor de las hogueras alimentadas por los cuerpos y los códigos desde el inicio de la conquista hasta nuestro tiempo, en una inmensa pira sacrificial al dios del poder, del capital, de la violencia y el miedo.

El colonial (y bestial) auto de fe del obispo De Landa se reitera incansable y horriblemente en el cotidiano desmonte de nuestros territorios y en el epistemicidio silencioso de nuestras memorias, como un siniestro mensaje, un nefasto acto enunciativo de la violencia en su fase neoliberal salvaje.

Domingo era un guardián y un defensor de tierras-saberes, y como tal, era una molestia para esta civilización-amok, que segrega en su telejuego chamanes de plástico, de fe sonriente y alianzas con el poder. Así, ese acto enunciativo, como parte de un incendio cultural global, toma la forma de la limpieza y el control social de líderes comunales, campesinos, indígenas y populares que sostienen de diversas maneras las ecologías de saberes que constituyen la geocultura nuestra americana.

---

<sup>5</sup> Lic. Matías Ahumada docente UBA/UNM/UM - AFyL Argentina. Contacto: [matiaspab@gmail.com](mailto:matiaspab@gmail.com)

<sup>6</sup> El *ajq'ij* es un científico maya, contador e interpretador del tiempo y del espacio. Una de sus funciones es orientar, guiar y ayudar a mantener en equilibrio la vida del ser, mediante la práctica de una ceremonia maya sagrada (García, Curruchiche & Taquirá, 2009)

Domingo Choc era de la aldea Chimay, localidad del norte de Guatemala. ¿Qué sabemos nosotros de ese territorio, de esa comunidad? ¿Qué sabemos sobre los Sures incendiados por Occidente, cuando estamos mirando exclusivamente en una sola dirección, es decir, el Norte del mundo? Quiero decir, Choc era un abuelo investigador y protector de esas huellas que quedan en las plantas, en los animales, en la tierra, en el viento. Leía las señales para sanar a su comunidad, para cuidar, para sostener. Trabajaba en conjunto con antropólogos, líderes comunitarios, médicos y quienes abonan a lo que Vandana Shiva llama la “democracia de la tierra”. Buscaba preservar el conocimiento maya local frente al avance de la maquinaria global.

Y esta acción es profundamente ético-política, porque se esfuerza en mantener encendida la fogata sentipensante de las diversas pachasofías de nuestra tierra, registrando tradiciones orales, recuperando lugares olvidados, comunidades, biodiversidad y tejidos simbólico-materiales que operan seminalmente, esto es, al decir de Rodolfo Kusch, en un plano ya no sólo conceptual o racional sino más bien energético-emocional, donde radica el fundamento de la fuerza cultural sometida por siglos. Ahí está la importancia decisiva de quienes están trabajando en esos ámbitos seminales de cruce entre el pensar y el sentir, entre lo político y lo metafísico, entre la esquizofrenia del sistema-mundo y la salud de las aldeas... Los brujos:

“Los brujos siempre han ocupado la posición anormal, en la frontera de los campos o de los bosques. Habitan las lindes. Están en el borde del pueblo, o entre dos pueblos.”

Dibujando y habitando los márgenes de su propia comunidad geocultural, Don Domingo buscó exorcizar a su pueblo del avasallamiento epistémico que vive, y (quizás) pasó el límite de los intereses mezquinos de fanáticos del dinero y la cruz. Pero su magia sigue operando porque una vez que se (re)enciende un saber ancestral en los cuerpos y corazones, siempre queda un rescoldo en la memoria para ser soplado y reanimado.

Pero eso depende de nosotros...

## **Referencias bibliográficas**

García, A. P., Curruchiche, G. & Taquirá, S. (2009). Ruxe'el Mayab' K'aslemäl: Raíz y espíritu del conocimiento maya. Guatemala: Dirección General de Educación Bilingüe Intercultural, Instituto de Lingüística y Educación de la Universidad Rafael Landívar, Consejo Nacional de Estudios Mayas.



## **COVID-19. Historia de un proceso de recuperación y sueños (COVID-19. History of a process of recovery and dreams)**

Mg. Daniel Esteban Manoukian<sup>7</sup>

### **Resumen**

Resulta prematuro aventurar cómo será recordada la pandemia en Argentina. Mientras seguimos acumulando ingredientes para que el día de mañana podamos cocinar nuestra propia historia colectiva, nos proponemos rescatar algunas ideas y conceptos, que la pandemia nos permitió recuperar. La recuperación del rol del Estado en salud, el lugar de la epidemiología y la interdisciplina como sustento de las decisiones de gestión en salud, la importancia de contar con desarrollo nacional en ciencia e investigación, la relevancia y especificidad del primer nivel de atención en salud, y la pobreza y las respuestas sociales a la desigualdad, conforman una breve síntesis de rasgos que forman parte de un proceso de recuperación de ideas y conceptos, que conjugados con nuevas técnicas, podrían constituir una sólida base que nos habilite a soñar con un sistema de salud garante de del derecho esencial del acceso a la salud.

**Palabras clave:** COVID-19, Argentina, salud, proceso de recuperación, Estado.

### **Summary**

It is premature to venture as the pandemic in Argentina will be remembered. As we continue to accumulate ingredients so that tomorrow we can cook our own collective history, we set out to rescue some ideas and concepts, which the pandemic allowed us to recover. The recovery of the role of the State in health, the place of epidemiology and interdiscipline as a support for health

---

<sup>7</sup> Médico sanitarista, integrante del CUESEB (Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar - UNCo). [danielmanoukian@gmail.com](mailto:danielmanoukian@gmail.com). Fecha de envío del artículo: 08 de julio de 2020.

management decisions, the importance of having national development in science and research, the relevance and specificity of the first level of health care, and poverty and social responses to inequality, form a brief synthesis of traits that are part of a process of retrieving ideas and concepts , which, combined with new techniques, could provide a solid foundation that enables us to dream of a health system en guaranteeing the essential right of access to health.

**Key words:** COVID-19, Argentina, health, recovery process, State.

---

*“El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidad de justicia social, tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de salud de un pueblo, porque un pueblo de enfermos no es, ni puede ser un pueblo digno”.*

Dr. Ramón Carrillo

### **La memoria, esa rara alquimia**

Resulta muy prematuro arriesgar cómo será recordada esta pandemia. En principio porque aún la estamos transitando sin certeza alguna de que ésta será la última. También, porque siempre es difícil anticipar cuáles, de los muchos signos de una época inédita, decantarán en el cofre de la memoria, y cuáles serán descartados.

Desde una perspectiva individual, seguramente la etapa de la vida durante la cual transitamos este período, y nuestro particular sitio de inserción en la sociedad, que marca cómo pudimos pasar la pandemia, harán que en algunos años la memoria nos devuelva distintas imágenes. Probablemente el #YoMeQuedoEnCasa sea recordado, y asociado a ese mensaje que buscaba reducir el contagio, evocaremos otros gestos, frases, conductas y hasta olores peculiares.

A los niños y niñas probablemente les deparan recuerdos que mezclan alegrías, novedades y precoces nostalgias. Serán fruto de las nuevas forma de hacer las tareas y de estudiar sin cumplir horarios estrictos, pero alejados de los amigos y de las actividades grupales. En muchos casos recordarán con alegría intensos momentos de contacto con sus padres, muchas veces edificantes, con nuevos juegos y otras formas de aprender, pero a otros, quizás les cueste identificar que fue en este período, cuando siendo testigos presenciales de reconfiguraciones familiares complejas, se produjeron marcas lesivas para la construcción de su propia personalidad.

Es probable que los adultos rememoren la rara sensación de no trabajar pero estar más ocupados que antes, o de trabajar desde la casa, aprendiendo aceleradamente nuevas formas de organizar la tarea y el uso del tiempo libre. El jugar con los niños y las niñas, inventar, tolerar, disfrutar. Para otros la incertidumbre por el trabajo perdido, la angustia de no llegar a completar el plato de comida para todos o el tener que aceptar la ayuda solidaria o buscar la vianda, la intolerancia, la violencia, la enfermedad y la muerte.

Muchos tendrán presente este tiempo como una etapa de ansiedad y para muchos la muerte en soledad y las despedidas sin compañías o a la distancia. Y para todos el barbijo, el saludar con el codo, el separarse en la fila y el esperar para entrar a un comercio, el alcohol en gel, el lavado frecuente de manos, el aplauso de las 21 hs. que se fue perdiendo, las video-llamadas con la familia y los amigos, la añoranza de la ronda de mate, los asados y hasta el viajar apretujados y en fin... tantas cosas más.

Pero ya llegará el momento de escribir esta historia, que como todas, servirá para construir identidad y sentido de pertenencia, apelando a esa rara alquimia de olvidos y recuerdos que configuran la memoria colectiva (Lator et al., 2006).

Mientras seguimos acumulando ingredientes, para que el día de mañana podamos cocinar nuestra propia historia colectiva, nos proponemos rescatar algunas ideas y conceptos, que la pandemia nos permitió repensar. Se trata de un recorrido desde una mirada que intenta rescatar a partir de una óptica colectiva, algunos ejemplos que demarcan rasgos que, si logramos sostenerlos, nos permitirán salir fortalecidos para construir salud colectiva.

## **1. Recuperación del Estado**

En el marco de la pandemia la recuperación de un Estado presente, activo y con decidida participación en el devenir de los acontecimientos, especialmente para acompañar a los sectores sociales más desprotegidos, ha sido esencial.

Desde una perspectiva política, las tres banderas históricas que sintetizan la doctrina justicialista: soberanía política, libertad económica, y justicia social, conforman una secuencia alineada con la construcción de salud colectiva. Cuando Perón propuso las “veinte verdades” destacó que: “como doctrina política, el Justicialismo realiza el equilibrio del derecho del individuo con el de la comunidad. Como doctrina económica, el Justicialismo realiza la economía social, poniendo el capital al servicio de la economía y, ésta al servicio del bienestar social. Como doctrina social el Justicialismo realiza la justicia social, que da a cada persona su derecho en función social” (Comando Superior del Movimiento Nacional Justicialista, 1987). Es ese marco conceptual el que toma Ramón Carrillo, para afirmar que: “los problemas de la medicina, como rama del Estado, no

podrán ser resueltos si la política sanitaria no está respaldada por una política social” (Carrillo, 1974).

“Es imposible mantener una distribución socialmente aceptable si las decisiones económicas no acompañan a la política social que se desea imponer. Cuando las decisiones económicas siguen un patrón inadecuado, la distribución del ingreso queda subordinada al mismo, más allá de los buenos deseos de cualquier gobierno. En consecuencia, lo que llamamos ‘justicia social’ también requiere para su materialización efectiva participación del gobierno y elevada eficiencia en el mismo” (Perón, 2007, p.69).

El rol activo del Estado, en consecuencia, es parte del ADN del Justicialismo, por lo que no debiera extrañar que una coalición de gobierno con el peronismo como columna vertebral, retomará esos principios que a su vez tienen múltiples formas de expresión.

Específicamente en salud, antes de la irrupción de la pandemia, el nuevo gobierno restituyó el rango ministerial del área, que había sido devaluado en la etapa anterior al nivel de secretaría. Esa restitución expresa la importancia que el gobierno le da a una cartera que debe responder al mandato de contribuir al fortalecimiento de la salud de los argentinos, reduciendo las brechas que persisten entre las jurisdicciones y hacia el interior de cada una de ellas.

El proceso salud-enfermedad-cuidado es resultado de la determinación social de la salud (Breilh, 2011). En ese marco, los sistemas de salud y especialmente las acciones coordinadas y conducidas por el Estado, con alcance a los grupos en situación desventajosa, resultan imprescindibles para contribuir a la reducción de brechas que no hacen más que generar inequidades, esto es, diferencias injustas y evitables.

En este sentido recuperar el rol del Estado como actor protagónico en salud es central, ya que las acciones resultan de un modo de planificar, implicando a su vez una forma de decidir. Decidir en favor de los intereses colectivos requiere estar liberado de cualquier otra motivación. En el campo de la salud coexisten intereses en pugna. Ante la presencia de actitudes lucrativas, intereses sectoriales y hasta de prestigio personal o profesional, que podrían interferir el logro del objetivo de garantizar un derecho esencial, el Estado aparece como la mejor opción como garante. Es un Ministerio de Salud de la Nación (Msal) activo, que asuma la rectoría del sistema de salud, el que debe conducir en la tempestad y también en tiempos de calma (si es que los hubiera alguna vez en un territorio con tanta desigualdad).

Entendemos que un potente mensaje que va dejando esta epidemia es la necesidad de avanzar hacia un sistema integrado de salud, de alcance universal, de acceso gratuito, que sólo establezca diferencias usando criterios de equidad. Ni la

pandemia, ni las medidas que se han tomado para mitigarla, por sí solas logran superar el problema de la fragmentación del sistema de salud argentino, que repetidamente se ha mostrado ineficiente y con magros resultados (Sanguinetti, 2015). Sin embargo, la necesidad de coordinar los recursos materiales y humanos disponibles, ha obligado a incluir en la agenda no solamente el relevamiento de las existencias, sino de establecer puentes entre los actores del sistema para ser efectivos en la atención. Se verá cuando esto se supere como se comportaron los distintos sistemas de salud, pero algo ya está claro, cuando hay una conducción única, e idealmente con un financiamiento común, la estrategia y las tácticas a desplegar resultan más sencillas de aplicar.

De la misma manera, debe connotarse positivamente, y como resultado de la recuperación del rol del Estado en el manejo de la salud de los argentinos, la coordinación de los distintos niveles gubernamentales. Nación, provincias y municipios acordando tácticas de abordaje y autoridades sanitarias que responden a gobiernos de diferente cuño político, coordinando acciones mostrando coherencia en la concepción y unidad de mando en la acción, son rasgos que de sostenerse contribuirán a fortalecer el sistema de salud.

La recuperación del Estado ocupando el centro del escenario en el abordaje de la pandemia, se ilustra claramente con algunos ejemplos que vale la pena destacar, algunos relacionados específicamente con el sector salud y otros, que desde otras áreas, también impactan en la salud integral.

Una muestra de ese Estado que asumió el control de la pandemia desde sus primeras manifestaciones fue el DNU 297/2020 que en su primer artículo estableció que: “a fin de proteger la salud pública, lo que constituye una obligación inalienable del Estado nacional, se establece para todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él en forma temporaria, la medida de ‘aislamiento social, preventivo y obligatorio’...” (Poder Ejecutivo Nacional, 2020b). Decidir tempranamente el aislamiento masivo permitió, en lo que el Ingeniero Tomás Pueyo denominó fase del martillo (Pueyo, 2020), aplanar la curva de avance de casos, ganando un tiempo muy valioso para preparar al sistema de salud para una contingencia inédita.

El Dr. Carlos Alberto Díaz, en una conferencia dictada en la Universidad Isalud el pasado 24 de junio, resumió con aportes de la Dirección de Recursos Físicos del Ministerio de Salud de la Nación, las principales líneas de acción desplegadas en orden a adecuar la capacidad física del sistema. Díaz destacó que “lo que se hizo en estos cuatro meses en cuanto a estructura de atención, supera lo que no se hizo en ocho años... amerita su valoración por la opinión pública y la moral del sistema de salud” (Díaz, 2020).

En este corto lapso se construyeron once hospitales modulares y se retomaron las obras para terminar seis “hospitales del bicentenario”, que habían sido abandonados y muchos de ellos vandalizados (Rodríguez, 2017).

Cuadro N° 1  
**Hospitales modulares cosntruidos para atención de Covid-19**

| N° | Localización                         | Superficie | Camas de internación general | Camas de internación UTI |
|----|--------------------------------------|------------|------------------------------|--------------------------|
| 1  | Hurlingham, Prov. Buenos Aires       | 1100       | 52                           | 24                       |
| 2  | Florencio Varela, Prov. Buenos Aires | 1000       | 50                           | 22                       |
| 3  | Almirante Brown, Prov. Buenos Aires  | 1000       | 50                           | 22                       |
| 4  | Quilmes, Prov. Buenos Aires          | 1100       | 52                           | 24                       |
| 5  | Lomas de Zamora, Prov. Buenos Aires  | 1100       | 52                           | 24                       |
| 6  | Moreno, Prov. Buenos Aires           | 1100       | 52                           | 24                       |
| 7  | 3 de Febrero, Prov. Buenos Aires     | 690        | 26                           | 12                       |
| 8  | Mar del Plata, Prov. Buenos Aires    | 1100       | 52                           | 24                       |
| 9  | Resistencia, Prov. del Chaco         | 1100       | 52                           | 24                       |
| 10 | Córdoba, Prov. de Córdoba            | 1000       | 48                           | 22                       |
| 11 | Gr. Baigorria, Prov. de Santa Fé     | 1100       | 52                           | 24                       |

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

Para la atención de pacientes que padecen infección por el SARS Cov-2, en sus estadios moderados o graves, cuando aparecen complicaciones pulmonares (neumonía o infiltrados pulmonares con o sin insuficiencia respiratoria), se requieren instalaciones hospitalarias con abastecimiento de oxígeno, con la posibilidad de adecuar las instalaciones para desarrollar asistencia respiratoria mecánica. Los hospitales modulares construidos permitieron disponer de 784 camas de cuidado intermedio e intensivo en unidades que tienen 700 y 1100 metros cuadrados. Son de un tamaño manejable para un municipio bonaerense, que pueden complementarse con otros recursos ya disponibles como instalaciones para pacientes leves, asociándolos además con los hospitales de referencia ya existentes y con las unidades de pronta atención (UPA).

Son hospitales llave en mano, con todo el equipamiento (camas, monitores multiparamétricos, respiradores, etc.) un diseño funcional adecuado, con presión negativa en el aire de terapia intensiva, cuyo ingreso se realiza mediante una ante sala, que permita la diferenciación de presión y la tasa de renovación de aire para que la unidad sea un área segura, para las personas que trabajen en el lugar. Si bien funcionarán como un efector monovalente de atención para COVID-19, luego de superada la epidemia servirán para la atención de cualquier patología que requiera asistencia respiratoria mecánica, y cuidados moderados o intensivos. Como cuentan con una calidad constructiva seca, moderna y robusta, con todos los abastecimientos necesarios de oxígeno, aire

comprimido, aspiración, electricidad, grupo electrógeno, conexión a cloacas, si se asegura el mantenimiento adecuado implicarán un avance sustancial para la capacidad instalada en sectores densamente poblados.

Los “hospitales del bicentenario” que se están terminando son los que figuran en el cuadro N° 2. En conjunto implica la incorporación de ochocientos cuarenta y cuatro (844) camas, sesenta (60) de las cuales son para terapia intensiva.

Cuadro N° 2  
Listado de "Hospitales Bicentenario" en proceso de terminación

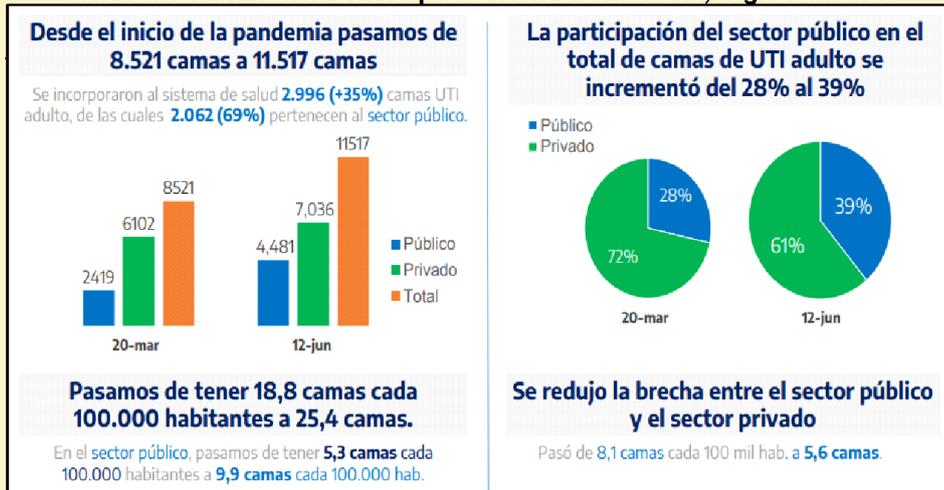
| Hospital                       | Localización                              | Camas de internación general | Camas de internación UTIn | Camas de internación UTI | Total camas |
|--------------------------------|---|------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------|
| PAMI - Dr. Federico Ieloir     | Esteban Echeverría, Prov. de Buenos Aires | 112                          | 12                        | 8                        | 132         |
| PAMI - Itzaingó                | Itzaingó, Prov. de Buenos Aires           | 112                          | 12                        | 8                        | 132         |
| Cuenca Alta Riachuelo          | Cañuelas, Prov. de Buenos Aires           | 112                          | 12                        | 8                        | 132         |
| René Favalaro                  | Rafael Castillo, Prov. de Buenos Aires    | 144                          | –                         | 14                       | 158         |
| Néstor Kirchner                | LaFerrere, Prov. de Buenos Aires          | 144                          | –                         | 14                       | 158         |
| De la Baxada Dra. Teresa Ratto | Entre Ríos                                | 112                          | 12                        | 8                        | 132         |

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

También se entregó equipamiento para dotar a los hospitales de todo el país, entre ellos 1.974 respiradores en el ámbito público (Ministerio de Salud de la Nación, 2020a), camas y otros elementos necesarios para ampliar la capacidad de internación de cuidados críticos. Argentina tenía 8.500 camas de terapia intensiva antes de la pandemia, de las cuales el 72% eran privadas y llegamos a contar con 11.500. Pasamos de contar con 18,8 camas por cada 100.000 habitantes a tener 25,4, reduciendo la brecha entre lo privado y lo público (Figura N° 1).

Figura N° 1

**Incremento de camas de terapia intensiva de adultos, Argentina 2020**

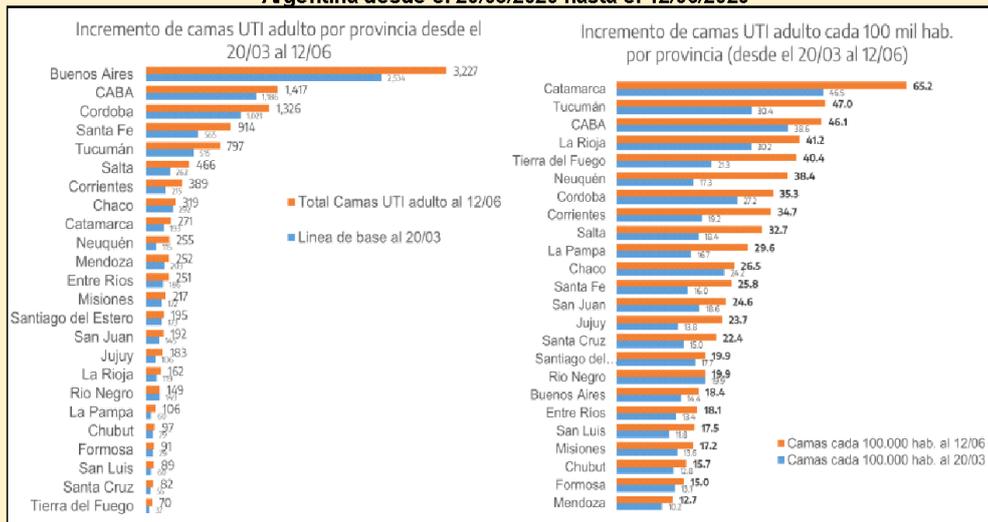


Fuente: Minsiterio de Salud de la Nación

Obsérvese en la figura N° 2 el impacto del incremento según la jurisdicción, destacando que el esfuerzo nacional fue acompañado por el conjunto de los gobiernos provinciales en un grado de cooperación y alineamiento coherente en orden al problema enfrentado que vale mencionar (Secretaría de Equidad en Salud, 2020).

Figura N° 2

**Camas de terapia intensiva por provincia y camas de UTI adultos por cada 100 mil habitantes, Argentina desde el 20/03/2020 hasta el 12/06/2020**



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

Otra muestra de la importancia del Estado ha sido la decisión de establecer un puente aéreo con China para aprovisionar de insumos que se volvieron críticos en la pandemia, como barbijos, camisolines, mamelucos, máscaras faciales y termómetros, y eso pudo concretarse gracias a tener una aerolínea de bandera. Un ejemplo de ello es la

cantidad de insumos con las que se aprovisionó la red pública de la Provincia de Buenos Aires (cuadro N° 2), aunque debe aclararse que a esas compras se suman las que concretó Msal para distribuir a todas las provincias.

Cuadro N° 3  
**Insumos médicos Covid-19 importados para Sistema Público de  
 Salud de Provincia de Buenos Aires**

| Insumo                            | Traídos por vía aérea | Traídos por vía marítima | Total      |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------|------------|
| Barbijos descartables             | 4.807.000             | 8.515.796                | 13.322.796 |
| Barbijos KN95                     | 733.000               | 1.657.800                | 2.390.800  |
| Antiparras                        | 315.000               | 83.582                   | 398.582    |
| Guantes descartables x 100        | 55.000                | 411.210                  | 466.210    |
| Mamelucos                         | 211.840               | 118.475                  | 330.315    |
| Máscara facial                    | 130.000               | 668.200                  | 798.200    |
| Batas de aislamiento descartables | 508.600               | 550.000                  | 1.058.600  |
| Termómetros infrarrojo            | 10.000                | 0                        | 10.000     |
| Kit de hisopo de dacron           | 800.400               | 0                        | 800.400    |
| Ventiladores                      | 115                   | 0                        | 115        |

Fuente: Vice-ministro de Salud Prov. de Buenos Aires, Dr. Nicolás Kreplak

La complejidad de abrir nuevos hospitales, refiere Carlos Díaz, “es conseguir profesionales de enfermería, intensivistas, internistas, directores que puedan incorporarse a estos hospitales monovalentes y los hagan funcionar a pleno en pocas semanas...” (Díaz, 2020). La formación de trabajadores de salud y su incorporación en los distintos niveles de un sistema de salud, efectivamente es un aspecto central a la hora de repensar cómo garantizar el derecho, y puede transformarse en otro “insumo crítico” en un contexto de pandemia. Visibilizar este aspecto podría contribuir a establecer renovadas líneas de acción en este sentido en la post-pandemia.

La intervención del Estado aprovechando la ganancia de tiempo buscada para prepararse, tuvo una mirada “hospitalocéntrica”, es decir, priorizó preparar a los hospitales para recibir pacientes internados con distinto grado de complejidad, pero al menos en el inicio del abordaje de la pandemia, no le prestó la misma atención al primer nivel de atención, como veremos más adelante. Sin embargo, es dable mencionar que tempranamente se atendió a la necesidad de capacitar, formar y entrenar a los trabajadores de salud en distintos temas relacionados con el abordaje de la pandemia. Se aprovecharon las plataformas de conexión a distancia para acercar cursos teóricos, compartir experiencias prácticas y hasta entrenar en el uso de los equipos de protección personal (Ministerio de Salud de la Nación, 2020). Como parte de sus acciones, Msal implementó el servicio “Tele COVID-19” para consultas médicas, se establecieron [incentivos económicos de capacitación para residentes de los servicios de salud](#), se declaró mediante el DECNU 367/2020 que la enfermedad COVID-19 producida por el

coronavirus SARS-CoV-2 se considerará presuntivamente una enfermedad de carácter profesional (Poder Ejecutivo Nacional, 2020e), se implementó el “[Plan Nacional de Cuidado de Trabajadores y Trabajadoras de la Salud](#)” y se creó el 26 de junio [el Comité de Ética y Derechos Humanos en Pandemia COVID-19](#) (Ministerio de Salud de la Nación, 2020b).

Posicionar al Estado en el centro de la toma de decisiones facilitó apreciar otras facetas de la realidad que en el marco de la pandemia afectan a la población. La crisis de alcance mundial generada por la pandemia es de una magnitud todavía difícil de medir y las consecuencias de las medidas sanitarias instituidas no tienen resultado neutro en el perfil social y económico.

Una larga lista de medidas que intentan mitigar esos efectos integran el paquete de intervenciones dispuestas destinadas a diferentes actores sociales, algunas de las cuales se pueden apreciar en el Cuadro N° 4.

#### **Cuadro N° 4**

**Algunas de las medidas instrumentadas por el Poder Ejecutivo Nacional para mitigar los efectos de la pandemia. Argentina, desde el 15 de marzo de 2020 hasta el 1° de julio de 2020**

| Fecha      | Medida adoptada  | Dependencia oficial                     | Norma legal respaldatoria     |
|------------|--|---|-------------------------------|
| 10/03/2020 | Creación de un fondo especial de 1.700 millones de pesos adquirir equipamiento e insumos a laboratorios y hospitales | Poder Ejecutivo Nacional                |                               |
| 20/03/2020 | Precios máximos para alimentos de la canasta básica y productos de primera necesidad                                 | Mtro. Des. Prod.                        | Resol.100/2020                |
| 23/03/2020 | Ingreso Familiar de Emergencia:  | Poder Ejecutivo Nacional                | DECNU 310                     |
| 24/03/2020 | Suspensión temporaria del corte de servicios por falta de pago   | Poder Ejecutivo Nacional                | DECNU 311                     |
| 26/03/2020 | Incremento de partidas presupuestarias destinadas a áreas críticas   | Poder Ejecutivo Nacional                | Dec. Adm. 443                 |
| 26/03/2020 | Prohibición del cobro de comisiones por las operaciones en cajeros automático  | Banco Central de la República Argentina | Com. "A" 6945                 |
| 26/03/2020 | Créditos a MiPyMEs para el pago de sueldos   | Banco Central de la República Argentina | Com. "A" 6946                 |
| 26/03/2020 | Pago extraordinario al personal sanitario  | Poder Ejecutivo Nacional                | DEC 315                       |
| 28/03/2020 | Pago extraordinario para personal de seguridad y defensa   | Poder Ejecutivo Nacional                | DEC 318                       |
| 28/03/2020 | Asistencia a argentinos en el exterior   | Mtro. Rel. Ext, Com. Ext. y Culto       | Resol. 062/2020               |
| 29/03/2020 | Facilidades para créditos hipotecarios   | Poder Ejecutivo Nacional                | DECNU 319                     |
| 29/03/2020 | Congelamiento temporario de alquileres y suspensión de desalojos   | Poder Ejecutivo Nacional                | DECNU 320                     |
| 31/03/2020 | Creación del Fondo de Garantía para la Micro, Pequeña y Mediana Empresa  | Poder Ejecutivo Nacional                | DECNU 326                     |
| 31/03/2020 | Prohibición de despidos y suspensiones por 60 días   | Poder Ejecutivo Nacional                | DECNU 325                     |
| 31/03/2020 | Programa de apoyo al sistema productivo en el área de insumos, equipamiento y tecnología sanitaria                   | Mtro. Desarrollo Productivo             | Resol.132/2020                |
| 01/04/2020 | Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción (ATP)  | Poder Ejecutivo Nacional                | DECNU 332                     |
| 01/04/2020 | Eliminación de impuestos de importación para insumos críticos  | Poder Ejecutivo Nacional                | DEC 333                       |
| 16/04/2020 | Precios máximos para barbijos, termómetros y alcohol en gel  | Mtro. Desarrollo Productivo             | Resol.114/2020                |
| 25/04/2020 | Refuerzo extraordinario en la Tarjeta Alimentar  | Mtro. Desarrollo Social                 |                               |
| 29/04/2020 | Nueva línea de apoyo económico para clubes   | Mtro. Turismo y Deportes                | Progr. Apoyo en la emergencia |
| 30/04/2020 | Extensión del período de gracia para el pago de créditos ANSES   | ANSES                                   | Resol.01/2020                 |
| 05/05/2020 | Creación del Fondo Musical Solidario   | Inst. Nac. De la Música                 | Resol.113/2020                |
| 05/05/2020 | Nueva fórmula para la estimación del consumo de electricidad en hogares residenciales                                | Ente Nac. Reg. Energía (ENRE)           | Resol.027/2020                |

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

Cuadro N° 4 (continuación)

| Fecha      | Medida adoptada   | Dependencia oficial                      | Norma legal respaldatoria |
|------------|---|--|---------------------------|
| 08/05/2020 | Extensión de beneficios e incorporación de sectores en el Programa ATP  | Poder Ejecutivo Nacional                 | DEC 747                   |
| 14/05/2020 | Plan de facilidades de pago de AFIP   | AFIP                                     | Resol. Gral. 4718         |
| 14/05/2020 | Programa Argentina Construye  | Mtro. Desarrollo Territorial y Hábitat   | Resol.038/2020            |
| 18/05/2020 | Prórroga de la prohibición de despidos y suspensiones   | Poder Ejecutivo Nacional                 | DECNU 487                 |
| 22/05/2020 | Modificación presupuestaria para el fortalecimiento sanitario   | Poder Ejecutivo Nacional                 | Dec. Adm. 885             |
| 27/05/2020 | Postergación del pago de derechos de exportación  | AFIP                                     | Resol. Gral. 4726         |
| 28/05/2020 | Programa de Beneficios para Concesionarios y Permisionarios por la Emergencia Sanitaria Covid-19                        | Adm. Nacional de Bienes del Estado       | Resol. 049/2020           |
| 28/05/2020 | Prórroga del cobro del seguro por desempleo   | Mtro. Trabajo, Empleo y Seguridad Social | Resol. 228/2020           |
| 29/05/2020 | Suspensión del cobro de peajes para el personal de salud y seguridad  | Dirección Nacional de Vialidad           | Resol. 321/2020           |
| 04/06/2020 | Plan de facilidades para empresas beneficiarias del pago de contribuciones del programa ATP                             | AFIP                                     | Resol. Gral. 4734         |
| 04/06/2020 | Lanzamiento del Programa Potenciar Trabajo  | Mtro. Desarrollo Social                  |                           |
| 05/06/2020 | Prórroga de los acuerdos respecto de las suspensiones laborales   | Mtro. Trabajo, Empleo y Seguridad Social | Resol. 475/2020           |
| 09/06/2020 | Prórroga de la doble indemnización para despidos  | Poder Ejecutivo Nacional                 | DECNU 528                 |
| 11/06/2020 | Compensación de emergencia para empresas de transporte interjurisdiccional  | Mtro. de Transporte                      | Resol. 137/2020           |
| 16/06/2020 | Creación del Programa de Auxilio para Prestadores Turísticos  | Mtro. Turismo y Deportes                 | Resol. 262/2020           |
| 17/06/2020 | Creación del Programa de Asistencia Crítica y Directa para la Agricultura Familiar, Campesina e Indígena                | Mtro. Agricultura, Ganadería y Pesca     | Resol. 138/2020           |
| 18/06/2020 | Prórroga de la suspensión de cortes de servicios públicos   | Poder Ejecutivo Nacional                 | DECNU 543                 |
| 18/06/2020 | Prórroga de la suspensión del cierre e inhabilitación de cuentas bancarias  | Poder Ejecutivo Nacional                 | DECNU 544                 |
| 25/06/2020 | Suspensión de la traba de medidas cautelares (contribuyentes registrados en el "Registro de Empresas MiPyMES") y otras. | AFIP                                     | Varias disposiciones      |
| 30/06/2020 | Prórroga de Precios Máximos   | Mtro. Desarrollo Productivo              | Resol. 200/2020           |
| 30/06/2020 | Extensión del Programa "Ahora 12"   | Mtro. Desarrollo Productivo              | Resol. 201/2020           |
| 01/07/2020 | Creación del Programa "Soluciona" reactivación de la economía del conocimiento  | Mtro. Desarrollo Productivo              | Resol. 327/2020           |

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

Destacamos dos de ellas por el impacto poblacional que tienen: el ingreso familiar de emergencia (IFE) y la asistencia de emergencia para la producción y el trabajo (ATP). Es dable mencionar que para poder hacer posible esta asistencia extraordinaria previamente, en 2008, había sido necesario recuperar para el Estado la administración de

los fondos de jubilaciones y pensiones, administrados por las AFJP y que en su mayoría estaban en propiedad de bancos extranjeros (Croceri, 2020).

Los dos mecanismos de inversión de fondos públicos mencionados, creados a partir de la emergencia sanitaria por el presidente Alberto Fernández son ejemplos de la importancia de recuperación del Estado. El Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) (Poder Ejecutivo Nacional, 2020c) alcanza casi a 9 millones de argentinos. El Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo y la Producción para empleadores y trabajadores afectados por la emergencia sanitaria, es un instrumento mediante el cual el Estado paga la mitad de los sueldos de empresas privadas que están afectadas por la paralización productiva (Poder Ejecutivo Nacional, 2020d).

## **1. Recuperación de la epidemiología y la interdisciplina como sustento de la gestión en salud**

Desde un primer momento desde Ministerio de Salud de la Nación estableció una sala de situación para tener un diagnóstico actualizado del devenir de la pandemia en todo el territorio nacional (Illebele, 2020).

En el octavo piso del Ministerio de Salud de la Nación se destinó un espacio exclusivo para trabajar en el COVID-19. Se instaló una sala de situación distintas áreas: hospitalaria, emergencias, epidemiología, estrategias y programas de salud, telesalud, superintendencia de servicios de salud, PAMI y prensa y comunicación ministerial a cargo del Subsecretario de Estrategias Sanitarias, el Dr. Alejandro Costa. La misión de este sector es monitorear los casos de coronavirus en el país y, a partir de la información y los datos recabados, elaborar estrategias que permitan proteger la salud y prevenir la propagación del virus en Argentina. Es un una usina de información epidemiológica al servicio de la gestión de la pandemia.

Palabras y expresiones como  $R_0$ , factor de duplicación, incidencia, prevalencia, tasa de letalidad, etapas de contención o mitigación, fases de aislamiento, empezaron a ser parte del léxico de periodistas y comunicadores y a través de ellos, de gran parte de la población. El presidente de la nación designó a un conjunto de médicos asesores, en su mayoría infectólogos, que superando el sesgo de su especialidad más vinculada con la atención individual han considerado aspectos de alcance poblacional. Sin embargo, quizás ese equipo debe ampliarse (Feierstein, 2020), ya que otra de las lecciones que va dejando esta pandemia y que sería saludable en orden a lo que vendrá, es completar de recuperar el valor de la epidemiología en tanto disciplina con perspectiva de lo colectivo. Tanto desde de los aportes de su vertiente clásica, como desde su mirada crítica, la epidemiología nos brinda elementos esenciales para aplicar a la gestión en salud. En esa

línea argumental se inscribe también el concepto de la interdisciplina. La complejidad a la que nos enfrentamos torna evidente que no es desde una sola óptica como se puede enfrentar con éxito “la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente” (Stolkiner, 1987). En efecto, resulta relevante en la pandemia, y quizás lo será más en la post-pandemia, incorporar otras miradas que ayudan a completar el cuadro y contribuir a una gestión efectiva para propender a más salud colectiva.

## **2. La alta complejidad del primer nivel de atención**

Argentina implementó medidas tempranamente en comparación con otros países, como por ejemplo el 15 de marzo la suspensión de clases (Ministerio de Educación de la Nación, 2020), el cierre de fronteras el 16 de marzo (Poder Ejecutivo Nacional, 2020a) y el 19 de marzo el aislamiento social preventivo y obligatorio (Poder Ejecutivo Nacional, 2020b). Eso, como se mencionó, permitió fortalecer el sistema de salud desde el punto de vista de la infraestructura física y equipamiento. Sin embargo, justamente para una pandemia como ésta, causada por un virus de alta contagiosidad, resultan claves, dos grupos de acciones antes de llegar a instancias de internación de pacientes graves. En primer lugar las medidas higiénicas como el lavado frecuente de manos, mantener cierta distancia entre las personas, evitar aglomeraciones, el uso de barbijos. Luego la combinación de un prolijo dispositivo de rastreo de los contactos de las personas ya diagnosticadas, hacer las pruebas diagnósticas suficientes y disponer el aislamiento y seguimiento en forma efectiva de las personas que pueden ser fuente de contagio para otros.

Matías Arim, que integra el Grupo Uruguayo Interdisciplinario de Análisis de Datos de COVID-19 (GUIAD), afirma: “Lo que determina el umbral de epidemia son las medidas de contención que se aplican... la más fuerte es la capacidad del rastreo de contactos” (Lagos, 2020).

Ese trabajo de búsqueda requiere un equipo de rastreadores profesionales que difícilmente pueda ser cubierto con el concurso de “voluntarios”. Esa tarea de terreno, que consiste en detectar las conexiones sociales que pueden haber sido el puente para que una persona contagie a otra, y ella a otra, y así sucesivamente, es una actividad de alta complejidad y debe ser llevada a cabo por especialistas. Son esos expertos que conocen muy bien el territorio, los vínculos y relaciones de la ciudadanía y también sus condiciones de vida. Ellos pueden sugerir con precisión qué forma de aislamiento puede ser viable en cada caso a los fines de limitar la diseminación del virus.

Son los trabajadores del primer nivel de atención, que conforman un equipo interdisciplinario con promotores comunitarios barriales o agentes de salud urbanos, trabajadores del área psicosocial, enfermeras comunitarias, médicos y odontólogos, además de personal administrativo. Son los equipos de los centros de salud que deben entrenarse para este tipo de tarea específica y asociarse con otros actores sociales en el territorio, que también son constructores de salud colectiva y que serán más efectivos si recuperan la lógica predicada por el Dr. Carlos Alberto Alvarado de salir a la búsqueda del problema y no quedarse a la espera de asistir sus consecuencias.

Fortalecer los equipos del primer nivel de atención en todas las dimensiones y aprovechar estas experiencias, permitirá encarar muchos otros problemas que inciden en la salud colectiva y que hoy están sólo parcialmente visibles.

### **3. Ciencia y técnica industria argentina**

Desde el 2000 el Estado argentino tiene un programa específico que se llama RAICES, cuyo principal fin es repatriar a científicos que se fueron a formar o trabajar en el exterior. Si bien en los primeros años, en medio de la crisis, no tuvo mucho impacto, en 2003 fue relanzado y tomó más impulso a partir de 2008. Gracias a este programa volvieron al país 1.335 científicos entre 2001 y 2018. La mayoría se desempeña en el área de las “ciencias biológicas”. Hasta 2015 el programa ayudó a que regresaran al país casi 100 científicos por año. Sin embargo, en 2017 esta cifra bajó a 17 y en 2018 fueron 32 (Slipczuk, 2019).

La gestión que culminó en diciembre de 2019 además de degradar el Ministerio de Ciencia y Ciencia al rango de secretaría, “redujo el 40% de su presupuesto y dejó sin trabajo a casi dos mil científicos y científicas... el nuevo Ministerio de Ciencia, ahora liderado por Roberto Salvarezza, creó una unidad coronavirus que financia más de 64 proyectos, con una inversión superior a los 10 millones de dólares” (Sarmiento, 2020).

Actualmente muchos científicos argentinos, apoyados por el CONICET y utilizando las plataformas de universidades públicas nacionales, están impulsando distinto tipo de innovaciones. Están gestando un significativo crecimiento científico, al tiempo que generan un relevante ahorro de divisas para el país. Desde barbijos e investigaciones relacionadas con elementos de protección personal, pasando por respiradores y pruebas de diagnóstico rápido, hasta avances en líneas de tratamiento con favorables expectativas (Manoukian, 2020).

La fabricación de respiradores artificiales de bajo costo con apoyo de la Universidad Nacional de Rosario, la producción de alcohol en gel en varias universidades públicas, el desarrollo en FANIOT, una firma de alta tecnología dependiente del gobierno

de Misiones, de termómetros infrarrojos para medir temperatura corporal que antes se importaban, son ejemplos de esos avances. Descubrir la secuencia del genoma del SARS-Cov-2 en el Instituto Leloir (Dra. Andrea Gamarnik), permitió tener pruebas para detección de anticuerpos, pero además facilitó el desarrollo test rápidos de detección molecular como los logrados por el equipo conformado por el CONICET, el laboratorio Cassará y el Instituto Milstein (Neo-Kit), el presentado por el trabajo conjunto de la Universidad Nacional de Quilmes y la Universidad Nacional de San Martín (ELA Chemstrip) y el que la Universidad del Litoral en conjunto CONICET, logró para diagnóstico temprano de COVID-19 utilizando muestras de saliva. La investigación que se desarrolla sobre uso de plasma de convalecientes y el estudio avanzado sobre suero hiperinmune a partir de anticuerpos de caballos (USAM), son otros de los muchos ejemplos que grafican la importancia de recuperar la investigación y la ciencia nacional en orden a conquistar grados crecientes de soberanía sanitaria, y salir fortalecidos para encarar otras líneas de investigación y desarrollo para atender a las múltiples necesidades argentinas.

#### **4. Hacer visible la desigualdad**

La profusa evidencia empírica que demuestra el fuerte vínculo entre pobreza y enfermedad exime de tener que justificar aquí esa afirmación. La pandemia recupera con crudeza esa relación y se hacen visibles grupos mal llamados “de riesgo” con mayor propensión a ser contagiados, enfermar y morir. No son más sensibles por peculiares características genéticas, biológicas o sociales, sino porque ya eran vulnerados. En efecto, se trata de personas privadas de derechos y que por esa condición están más expuestas a enfermar, por las condiciones de vivienda, por la precariedad laboral o por la mala alimentación entre otros factores.

El último dato registrado por el INDEC<sup>8</sup> en diciembre de 2019 marcó un 35,5% de pobreza, guarismos al que deberá agregarse el deterioro producido por efecto de la pandemia en el primer semestre de 2020. Prueba de este deterioro son los merenderos y comedores populares que aumentaron en número y en asistentes. También la disparidad entre las personas que inicialmente se calcularon como potenciales beneficiarias del IFE y las que finalmente se inscribieron. En efecto, de la estimación inicial de 3,5 millones de beneficiarios se llegó a casi 9 millones de personas alcanzadas por esta medida de mitigación.

---

<sup>8</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Población bajo la línea de la pobreza, segundo semestre de 2019: 35,5% <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-46>

Entre otras, ambas situaciones contribuyen al menos a visibilizar un problema que atenta contra la salud colectiva, que despiertan gestos solidarios, pero que fundamentalmente, instan a incluir la desigualdad como tema prioritario en la agenda pública durante y luego de la pandemia. La desigualdad, nos debiera interpelar como sociedad para avanzar en procesos consistentes que mejoren la distribución de la riqueza.

### **De los sueños de hoy las preguntas que vendrán**

Esta pandemia, como todo evento excepcional nos convocará a recordarlo con detalles como ningún otro. Por esa razón, es importante mantenernos alertas y activos. La respuesta a la pregunta, ¿qué hicimos por los demás en una circunstancia de excepción? seguramente impactará en el balance personal que registrará nuestra memoria. Por esa misma razón, desde el punto de vista colectivo, la historia nos interpelará preguntándonos, ¿qué pudimos recuperar y consolidar en el marco de esta pandemia a favor de la salud colectiva?

Estamos recuperando un Estado fuerte, presente y ejerciendo la rectoría sobre el conjunto de un sistema de salud fragmentado, reinstalando en la agenda sanitaria la necesidad de propender a su integración efectiva. Detectamos que no podemos solos, que una disciplina aislada no guarda todas las claves y que en salud, pero en fin, en la vida misma, la interdisciplina que facilita el debate horizontal, ayuda a reducir el margen de error en las intervenciones.

También estamos reinstalando la capacidad de ampliar la mirada y visibilizar a los vulnerados, para planificar y actuar en salud, pero en términos más expandidos en políticas públicas, en clave de derechos, aprovechando avances tecnológicos que ya estaban disponibles pero que estaban subempleados. Logramos exponer el potencial de un conjunto de científicos e investigadores que orientaron sus trabajos para buscar soluciones a los problemas argentinos y asistimos a la recuperación de una saludable dinámica de coordinación entre estamentos de distintos niveles y signos partidarios.

Frente a las incertidumbres que trajo consigo la pandemia, comenzamos un proceso de recuperación de ideas y conceptos que por distintos motivos se habían ido dejando de lado. Conjugados con nuevas técnicas y adaptados a los escenarios actuales, de consolidarse, podrían constituir una sólida base que nos habilite a soñar con un sistema de salud definitivamente alineado con los intereses populares y garante del derecho esencial del acceso a la salud.

Este rescate solo habla del inicio de un posible trayecto histórico de superación. Este tiempo nos vuelve a dar una oportunidad como sociedad, los tiempos que vendrán

nos impondrán este desafío colectivo que como tal, nos brinda un lugar para que cada uno de nosotros sea parte de esa gesta.

## Referencias

- Breihl, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud, en: “¿Determinación social o determinantes sociales de la *salud*?”. Universidad Autónoma Metropolitana, pp.45-69. Ciudad de México, México.
- Carrillo, R. (1974). *Teoría del hospital*. Editorial Eudeba, página 81. Buenos Aires, Argentina.
- Comando Superior del Movimiento Nacional Justicialista (1987). *Manual de adoctrinadores peronistas. Texto aprobado por el Comando Superior del Movimiento Justicialista en octubre de 1984*. Ediciones Realidad Política, pp. 133-134. Buenos Aires, Argentina.
- Croceri, V. (2020). *Despreciados por la derecha y en combate contra el virus*. VA CON FIRMA. Publicado el 29 de junio de 2020. Disponible en: [https://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos\\_seccion\\_719/id\\_11533/despreciados-por-la-derecha-y-en-combate-contra-el-virus](https://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_11533/despreciados-por-la-derecha-y-en-combate-contra-el-virus)
- Díaz, C. (2020). *Como se prepararon en Argentina los recursos físicos para la atención de la epidemia*. Noticias de Gestión y Economía de la Salud por Carlos Díaz. Disponible en: <https://saludbydiaz.com/2020/06/28/como-se-prepararon-en-argentina-los-recursos-fisicos-para-la-atencion-de-la-epidemia/>
- Feierstein, D. (2020). *Con la cuarentena no alcanza*. El Cohete a la Luna. Publicado el 21 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.elcoheteealaluna.com/con-la-cuarentena-no-alcanza/>
- Illebele, F. (2020). *Así trabaja la sala de situación del Comité Ejecutivo Sanitario Nacional para combatir al coronavirus*. Infobae. Publicado el 25 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/coronavirus/2020/03/25/asi-trabaja-la-sala-de-situacion-del-comite-ejecutivo-sanitario-nacional-para-combatir-al-coronavirus/>
- Lagos, L. (2020, julio 4). *Rastreo de contactos: ¿una de las claves del éxito de Uruguay en detener al coronavirus es también nuestro talón de Aquiles?* La diaria. Publicado el 4 de julio de 2020. Disponible en: <https://ciencia.ladiaria.com.uy/articulo/2020/7/rastreo-de-contactos-una-de-las-claves-del-exito-de-uruguay-en-detener-al-coronavirus-es-tambien-nuestro-talon-de-aquiles/>

- Lator, C. et al. (2006). *Chos Malal, entre el olvido y la pasión. Historia de la primera capital de Neuquén, desde los orígenes hasta los años setenta*. Centro de Estudios Regionales Chos Malal, pp 357-358. Neuquén, Argentina.
- Manoukian, D. E. (2018). *El extraño camino inverso del doctor Rubinstein*. VA CON FIRMA. Publicado el 7 de septiembre de 2018. Disponible en:  
[https://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos/id\\_7486/el-extrano-camino-inverso-del-doctor-rubinstein](https://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos/id_7486/el-extrano-camino-inverso-del-doctor-rubinstein)
- Manoukian, D. E. (2020). *De discriminados a héroes donantes*. VA CON FIRMA. Publicado el 2 de julio de 2020. Disponible en:  
[https://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos\\_seccion\\_719/id\\_11554/de-discriminados-a-heroes-donantes](https://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_11554/de-discriminados-a-heroes-donantes)
- Ministerio de Educación de la Nación. (2020). *Suspensión de clases. Resolución 108/2020*.  
Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/226752>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020a). *Recomendaciones del Ministerio de Salud. materiales para el equipo de salud*. Contenido audiovisual. Disponible en:  
<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud/materiales/videos#3>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020b). *Fortalecimiento del sistema de salud con enfoque de equidad Incremento de camas y respiradores, y monitoreo de recursos críticos de internación*. Presentado el 17 de junio de 2020. Disponible en:  
[file:///Downloads/Tablero%20de%20seguimiento%20de%20camas\\_17-06%20.pdf](file:///Downloads/Tablero%20de%20seguimiento%20de%20camas_17-06%20.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020c). *Creación de Comité de Ética y DDHH - Resolución 1117/2020*. Disponible en:  
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/231314>
- Perón, J. D. (2007). *Modelo Argentino para el Proyecto Nacional*. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.
- Poder Ejecutivo Nacional. (2020a). *Cierre de fronteras. DECNU 274/2020*. Disponible en:  
<https://www.boletinoficial.gob.ar/suplementos/2020031601NS.pdf>
- Poder Ejecutivo Nacional. (2020b). *Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio—Decreto 297/2020*.  
Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042>
- Poder Ejecutivo Nacional. (2020c). *Ingreso familiar de emergencia. DECNU 310/2020*.  
Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227113>
- Poder Ejecutivo Nacional. (2020d). *Asistencia de Emergencia a la Producción y el Trabajo. DECNU 332/2020*. Disponible en:  
<https://www.boletinoficial.gob.ar/suplementos/2020040101NS.pdf>

- Poder Ejecutivo Nacional. (2020e). *COVID-19—Enfermedad de carácter profesional no listada*. Disponible en:  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/336262/norma.htm>
- Pueyo, T. (2020). *Coronavirus: Por qué Debemos Actuar Ya*. Medium. Publicado el 29 de marzo de 2020. Disponible en: <https://medium.com/tomas-pueyo/coronavirus-por-qu%C3%A9-debemos-actuar-ya-93079c61e200>
- Rodríguez, C. (2017). *Los nuevos elefantes blancos que creó el macrismo*. PAGINA12. Publicado el 9 de octubre de 2017. Disponible en:  
<https://www.pagina12.com.ar/67981-los-nuevos-elefantes-blancos-que-creo-el-macrismo>
- Sanguinetti, J. (2015). *Cobertura, gasto financiamiento y uso de los servicios de Salud en Argentina 2003-2014: principales tendencias*. Informe preparado para el Banco Mundial, 45 páginas. Washington, Estados Unidos.
- Sarmiento, G. (2020). *El regreso del estado como usina de avances científicos*. Tiempo Argentino. Publicado el 26 de junio de 2020.  
Disponible en: <https://www.tiempoar.com.ar/nota/el-regreso-del-esado-como-usina-de-avances-cientificos>
- Secretaría de Equidad en Salud. (2020). *Fortalecimiento del sistema de salud con enfoque de equidad. Incremento de camas y respiradores, y monitoreo de recursos críticos de internación*. Presentación pública del 17 de junio de 2020. Disponible en:  
file:///C:/Users/Daniel/Downloads/Tablero%20de%20seguimiento%20de%20cama\_17-06%20(4).pdf
- Slipczuk, M. (2019). *En 2017 y 2018 bajó la cantidad de científicos repatriados*. Chequeado. Publicado el 1° de abril de 2019. Disponible en: <https://chequeado.com/el-explicador/en-2017-y-2018-bajo-la-cantidad-de-cientificos-repatriados/>
- Stolkiner, A. (1987). *De interdisciplinas e indisciplinas en «El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio» Elichiry, Nora (Compiladora)*. Nueva visión.



**Desde acceso abierto**

**La vida, el metabolismo civilizatorio ser humano/naturaleza y la inmunología comunitaria. Una lectura desde la Filosofía de la liberación ante la pandemia del COVID-19**

Jorge Alberto Reyes López<sup>9</sup>

Ante la peculiar situación sanitaria que estamos viviendo a nivel internacional no se hicieron esperar una serie de consideraciones filosóficas provenientes de los principales centros universitarios de Europa y Estados Unidos, con intervenciones mediáticas como las de un Žižek, un Agamben o una Butler. Pero podemos y debemos hacernos la pregunta: ¿qué es lo que dicen las escuelas filosóficas cultivadas en el sur geopolítico? Es aquí donde nos encontramos con una corriente que ha cobrado notoriedad en las últimas décadas y que surgió en el aciago ambiente político de la dictadura militar argentina en la década de los 70': la Filosofía de la liberación, difundida por el filósofo argentino nacionalizado mexicano, Enrique Dussel. En estos días, el profesor Dussel ha hablado en varios medios de comunicación sobre su interpretación del acontecimiento pandémico de nuestros días. Sostiene que la Modernidad está siendo jaqueada como sistema civilizatorio, pues en lugar de haber cuidado la vida en común en la Tierra lo único que persiguió es el desquiciado aumento de la tasa de ganancia de las grandes firmas corporativas, subordinando todo a la lógica del capital (los organismos internacionales, los Estados nacionales, el trabajo vivo del ser humano, los recursos energéticos y la naturaleza en su conjunto), con lo cual se deshabilitaron las condiciones y los mecanismos para alcanzar una salud integral donde el escenario "apocalíptico" del COVID-19 simplemente no se hubiese podido presentar como lo hizo, pues, hay que afirmarlo desde ahora, no estaríamos hablando de la peste del capitalismo financiero. ¿Quiénes y cómo se enferman? ¿Quiénes y cómo se pueden curar? ¿Quiénes tienen que cuidar? ¿Contamos con las ciencias de la vida a la altura de los males existentes? ¿Con qué anticuerpos sociales contamos? ¿Qué medicamentos están disponibles? Sirvan las siguientes líneas para ensayar una posición que pueda responder estas preguntas en

---

<sup>9</sup> Lic. y Mg. en Filosofía, UNAM, Asociación de Filosofía y Liberación, México. Contacto [volknimie@gmail.com](mailto:volknimie@gmail.com)

diálogo abierto con esta escuela periférica de pensamiento crítico frente a la precipitación de nuestro presente.

### **El fenómeno de la vida. La tensión fundamental entre salud y enfermedad**

En 1998 nuestro filósofo publicó una obra que culminaría una trayectoria intelectual: *Ética de la liberación en la edad de la globalización y la exclusión* (1994), la cual permite comprender que las exigencias éticas universales tienen relación intrínseca con el fenómeno de la vida, esto es, con el ámbito de las necesidades de la corporalidad. Pues todo ser vivo tiene constitutivamente una voluntad que le impele a discernir del entorno lo que es nutritivo (lo que permite reproducir su vida y por ello es lo valioso) de lo que es tóxico (lo que le pone ante la muerte y por ello es lo dañino). A partir de este sencillo esquema es que se infiere que la nutrición promueve la salud de los organismos vivientes mientras que las amenazas conducen a las infecciones, es decir, a la enfermedad y hasta la posible extinción de una especie, todo ello en una lucha constante contra el peligro máximo de la escasez que viene del entorno natural que se refiere a cataclismos geológicos que incluso pueden originarse desde el exterior del planeta. El principio material de la vida, expuesto en la obra indicada, exige a cada corporalidad orgánica analógica procurarse los medios que aseguren la afirmación plena de su ser. En este sentido, podemos decir que la trama vital en la Tierra se ha manifestado en la tensión biológica que se da entre la salud, la escasez y la enfermedad de las especies que conforman la biodiversidad terrestre. La interacción entre las especies es lo que permite que exista un equilibrio homeostático ecológico ante los peligros que se generan o bien en esta misma interacción evolutiva o bien por la precipitación de la escasez como resultado de un cambio súbito del entorno. Entonces podemos establecer que una adecuada nutrición que permita integrar en la cantidad necesaria vitaminas, minerales, lípidos... garantiza que cada ser vivo cuente con las condiciones óptimas para su fortalecimiento. De tal manera que a mayor abundancia de alimentos mayores defensas contra los efectos negativos que la misma naturaleza produce con los agentes patógenos que pueden llegar a ser perjudiciales eventualmente, lo que indica que la abundancia reduce el impacto o agresividad de dichos efectos de tal forma que se evite un desastre biológico, un desequilibrio homeostático. Es la vida, entonces, la que produce los riesgos (la toxicidad) pero también los mecanismos de defensa así como las curas (los anticuerpos y las sustancias benéficas) que permiten la adaptación y así el aumento de la vida. Por lo tanto, debe entenderse que la sobrevivencia del conjunto de las especies depende fundamentalmente de su capacidad biomédica, es decir, de la eficacia con la que los organismos pueden alimentarse, regenerarse, curarse, crecer, interactuar y reproducirse

gracias a la existencia misma de una plena biodiversidad, lo que aumenta proporcionalmente los sistemas inmunológicos diferenciados, es decir, la aceptabilidad de unas formas de vida hacia otras que les permita habitar armónicamente y así ramificarse sobre la corteza del planeta anfitrión.

### **El metabolismo ser-humano/naturaleza y civilización necrófila**

Marx escribe en El Capital: “El hombre hizo su vestimenta durante milenios, allí donde lo forzaba a ello la necesidad de vestirse, antes de que nadie llegara a convertirse en sastre. Pero la existencia de la chaqueta, del lienzo, de todo elemento de riqueza material que no sea producto espontáneo de la naturaleza, necesariamente estará mediada siempre por una actividad productiva especial, orientada a un fin, la cual asimila a necesidades particulares del hombre materiales naturales particulares. Como creador de valores de uso, como trabajo útil, pues, el trabajo es, independientemente de todas las formaciones sociales, condición de la existencia humana, necesidad natural y eterna de mediar el metabolismo (Stoffwechsel) que se da entre el hombre y la naturaleza y, por consiguiente, de mediar la vida humana”. El trabajo es la mediación entre el ser humano y la naturaleza en un metabolismo propio (singular históricamente), análogo a los que se dan en otras especies cuyas mediaciones particulares les permiten asegurar su vida. La actividad productiva (el trabajo) forma teleológicamente los materiales naturales, esto es, los subsume en un proceso productivo determinado cuyo propósito último es el de cubrir las necesidades “naturalmente humanas”. El hecho de que el ser humano produzca su riqueza material (sus útiles culturales) nos permite hablar de una determinada forma de civilización, en el sentido de formación social. El metabolismo ser-humano/naturaleza se media por el tipo de trabajo que se ejerce en un determinado sistema productivo. De esta manera se entiende que el trabajo de la caza o de la recolección expresaban un metabolismo nómada donde la naturaleza proveía los satisfactores necesarios para la sobrevivencia de las comunidades humanas al tiempo en que ella se conservaba íntegra pues se podía regenerar inmediatamente. Será la sedentarización de la civilización el primer gran salto metabólico efectuado por la revolución neolítica en el que la naturaleza es intervenida por primera vez de forma más directa para edificar los grandes asentamientos urbanos y dar lugar a la agricultura y el pastoreo que, por tanto, implicaban producir una mayor cantidad de satisfactores o bienes, lo que demandó una dinámica técnico-orgánica muy peculiar entre las antiguas urbes y su entorno natural bajo calendarios sumamente precisos. En la primera forma metabólica la naturaleza sería una fuerza intempestiva ante la cual no se podían contar con los suficientes medios para enfrentar la escasez y la enfermedad. En la segunda forma metabólica existe una

asimilación del entorno natural que lentamente fue ocupado e integrado por la gradual expansión demográfica y civilizatoria, al tiempo en que fue posible que se fueron perfeccionando los conocimientos necesarios para enfrentar las enfermedades existentes (tales como la herbolaria) que el mismo metabolismo social comenzaba a producir por sus efectos negativos, es decir, enfermedades propias de la civilización en su peculiar intervención sobre el medio. En ambos metabolismos podemos advertir que en torno a la naturaleza, lo Otro (al decir del filósofo ecuatoriano Bolívar Echeverría), se desplegarían una multiplicidad de tejidos simbólico-mitológicos de sacralidad; la fiesta, como rito cultural, celebra la gracia de la fecundidad donde se ofrendan los debidos sacrificios. Dussel sostiene en otra obra suya que será en estas civilizaciones donde se presentará la asimetría social dando lugar a estamentos o clases de tal manera que toda la riqueza generada, el excedente, se gestionaba por un grupo dominante que tomaría las decisiones políticas. No obstante, estas sociedades atadas todavía a los ciclos solares y lunares no podían dejar en la hambruna a quienes trabajaban la tierra o construían los edificios ceremoniales sin correr el riesgo de colapsar por completo. Será en otra civilización donde el efecto negativo como manifestación de la entropía del sistema vigente es el síntoma: el pauper y la contaminación (degeneración) de todos los ciclos de la vida.

La invención de la máquina automatizada en la Revolución Industrial es la que separará definitivamente la actividad productiva con un tiempo independiente al de la naturaleza, aunque siempre la supusiera como el depósito (la Gestell heideggeriana) de los recursos y materias necesarios para las industrias nacientes y futuras. La nueva forma metabólica es el segundo gran salto civilizatorio internacional que llamamos capitalismo supuso toda la transformación de infraestructura concomitante en los puertos, las aduanas, las vías de comunicación terrestres y marítimas, las ciudades-escaparate, el individuo moderno, el Estado-Nación, etc. Forma metabólica por la que la biodiversidad de la Tierra (la naturaleza en su conjunto como el sustento material universal de todos los vivientes) quedó comprometida en su integridad. La tesis que deseamos indicar en este punto es que todo metabolismo social, como forma históricamente instituida, implica necesariamente en mayor o menor medida, por razón de sus medios de producción, una determinada conformación de un sistema inmunológico social no sólo por cómo podían generarse los medicamentos para atender los males resultantes por habitar en una cierta región sino al mismo tiempo, y esto es lo esencial de nuestra provocación, de saber cómo identificar, cuidar y superar los efectos negativos que la misma civilización causaba sobre las corporalidades ahí situadas (humanas y no humanas). Así, la principal ciencia de la vida, que es la medicina, tuvo que hacer un pasaje culpable del conocimiento del entorno

natural al conocimiento de las patologías que se producían por vivir en una sociedad determinada. Cabe decir que aunque hubiese claridad en todo esto no es posible sostener que el objetivo civilizatorio último haya sido siempre el resguardo del todo social. La consideración biopolítica comienza justamente cuando se generan sólo los “necesarios” paliativos para mantener la suficiente fuerza productiva que permita reproducir una estructura social que en esa dinámica comenzaba a expresar una profunda desigualdad; el *pauper* aparece ahí donde lo que se busca es conservar la gloria de la civilización por encima de sus integrantes, el todo por encima de la parte. No obstante, existieron (y existen) ciertos metabolismos productivos que no generan mayores efectos negativos de los que puede atender con una ciencia precisa pues considera valiosa la vida de toda la comunidad como condición de posibilidad del porvenir, donde la naturaleza podía regenerarse con mayor rapidez y permitir que la nutrición comunidad humana/entorno natural fuera posible; mientras que hubo otros metabolismos que sólo concentraron sus logros técnicos en la acumulación de riquezas y poder sin medir a largo plazo las terribles consecuencias sanitarias que se derivarían de sus acciones autorreferenciales, egológicas, negando y arriesgando tanto a la comunidad humana como a la naturaleza. Es, pues, el metabolismo moderno el que aceleró de tal manera las fuerzas productivas que las ciencias de la vida dejaron de entender menos la complejidad de la vida al concentrarse en resolver las epidemias y enfermedades que la misma modernidad creaba día con día, con lo que sus avances epistémicos, muchas veces accidentales, respondían de forma reactiva (léase, interna) a los males emergentes con la única finalidad de que tales males no revelaran la peste general de tal civilización, el mal de la modernidad (de ahí la necesaria cosmetología del encubrimiento por una embaucadora “horizontalidad democrática” del consumo general). La civilización moderna no cerró entonces y no habría de hacerlo después. Los motores permanecieron en marcha. Ni se resolvían las patologías existentes ni se tomaba en serio a la naturaleza incluso cuando se trató del meticuloso diseño de armas biológicas. Hablamos, pues, de una civilización que ha aprendido a vivir con un ventilador artificial desde que nació, para la cual no hay más ley que la de maximizar el placer y evitar el dolor, ley que reduce al absurdo todo intento honesto de imaginar otra forma real de vida, un acceso al exterior.

### **Hacia un sistema inmunológico comunitario transmoderno**

Toda forma metabólica históricamente situada demandará de la naturaleza una cantidad determinada de recursos y materiales a través de una cierta técnica que permitirá la reproducción de la vida humana en el corto, mediano plazo y largo plazo. Puesto que el metabolismo moderno no está regido por el principio del cuidado de la vida

sino sólo por su frenética auto-realización egológica es que no sólo fabricarán un sin número de mercancías que caducan o fenecen en el acto mismo de consumirlas, dando lugar a miles de millones de toneladas de desechos en cada ciclo productivo, sino que éstas son proporcionalmente la negatividad de la vida que no se repone, su entropía sanitaria, que paulatinamente mina las defensas inmunológicas de toda una civilización y le pone en crisis profunda. Los organismos sociales que concentraron sus energías en generar mayor capacidad bélica o que apostaron al final por el fetiche del individuo aislado y narcisista socavaron sus instituciones de nutrición y curación para enfrentar los efectos negativos derivados de su metabolismo. En este sentido es que podemos afirmar que las amenazas epidémicas de las sociedades posindustriales son precisamente las que le son propias, las que no pueden ser resueltas porque eso significaría saltar sobre la propia sombra de la aceleración. Los cuerpos humanos de la modernidad son propensos al desarrollo de patologías terribles (cáncer, diabetes, hipertensión, adicciones, trastornos mentales y emocionales, etc.) que reflejan el “estilo” de vida globalizado. La modernidad ha generado una serie de padecimientos (pathos necrológico) que se radicalizan en las zonas periféricas del mundo, en las naciones empobrecidas, saqueadas por la guerra. El virus del Ébola surgió en África donde la pobreza ha sido el mal originario desde hace generaciones.

Se sabe a la fecha que hay miles de cepas del Sars-Cov-2. ¿Qué quiere decir esto? Que el virus muta a una velocidad (aceleración) que impide a la comunidad científica seguirle el paso; la mutación biológica, fuente de la evolución, es la bomba de tiempo que no puede ser desactivada por la episteme moderna ya que es el misterio mismo de la creación. El orden global, en su metabolismo, está a merced de los seres microscópicos de la naturaleza que han sido liberados a causa de los ciclos violentos de intervención e interacción entre civilización y naturaleza en la fase de la historia humana en que nos encontramos. La pandemia del siglo XXI denuncia el sistema capitalista al saber que si bien este virus puede matar a cualquier ser humano, termina asesinando a quienes ya están enfermos, es decir, a quienes dicho sistema ha comprometido sanitariamente por diferentes razones (desde la forma actual de alimentarse, escasamente nutritiva, hasta los sistemas de salud óptimos a los que muy pocas personas tienen acceso debido a su nivel de exclusión y marginación sociales). La amenaza “externa” (en la retórica autoritaria del momento) es en verdad la amenaza interna; la letalidad del virus es proporcional a la debilidad del sistema inmunológico civilizatorio; el virus asesina en las zonas periféricas que el capitalismo ha invisibilizado. No obstante, en la intervención política del Estado ante la pandemia la Modernidad capitalista advierte el máximo peligro, pues la letalidad que le aterra tiene que ver no con las muertes humanas sino con la des-aceleración de la

circulación mundial de las mercancías, lo que devuelve al capital su rostro original, el rostro de la inmisericordia. Los exhortos o disposiciones gubernamentales para “guardarse en casa” o el “realizar sólo actividades esenciales productivas” implican el cierre de la válvula de oxígeno al capital.

Por todo lo expuesto, entonces, se puede sostener que la intervención moderna de la realidad natural es simultáneamente: a) el debilitamiento crónico del proceso homeostático de regeneración de lo natural; b) el colapso inmunológico de la vida humana por el aumento de los efectos negativos civilizatorios que derivan en una administración cosmética o paliativa de la pobreza, la desigualdad, la desnutrición y la enfermedad; c) la negación de las libertades y de las alternancias por parte de un control mediáticamente autoritario de la vida por parte de proyectos políticos y económicos dominantes; d) la generación de zonas periféricas donde se radicaliza el malestar general de la modernidad: las ciénagas del progreso. Por lo tanto, el metabolismo que ha debilitado la vida natural que es la vida humana debe dar un giro civilizatorio con la finalidad de lograr un bienestar universal, comenzando con el fortalecimiento de las ciencias e instituciones de la vida para erradicar la pobreza, la desigualdad, la enfermedad, la desnutrición, la exclusión. Pero en esto el papel del Estado es irrenunciable siempre que su función se entienda como lo ha mostrado en sus últimas obras Enrique Dussel, es decir, como el ejercicio de un poder obediencial en favor de la vida digna de la comunidad humana, en favor del Pueblo. El metabolismo comunitario mundial exige otro ritmo productivo y existencial (cultural, ético), es una salida necesaria a nuestro actual confinamiento no producido, insistimos, por un virus sino por un orden necrófago. Hablamos de la dimensión cultural de los vínculos comunitarios como los nuevos anticuerpos que puedan reaccionar mejor ante todo posible peligro sanitario, sin dejar a nadie en la orfandad, a su mal morir. Comunidad plena determinada en un Estado eficaz de bienestar.

El sistema inmunológico que requerimos no puede reducirse a unos aislados y anárquicos experimentos exitosos en ciudades o selvas, sino que implica una superación transmoderna de la civilización de la muerte en la que hemos nacido con deudas y patologías. Superación desde los cuerpos abatidos y las voces silenciadas que renueve la vida democrática en el mundo, con la finalidad de “invertir la inversión” de tal forma que lo valioso sea la vida y no el capital, lo público y no lo privado, la creación y no el consumo, la persona y no la mercancía, la comunidad y no el individuo sin raíces ni patria. Este proceso de afirmación de la vida la denominaremos en consonancia con Dussel como analéctica de la salud civilizatoria. Se trata de un nuevo salto metabólico cualitativo y no cuantitativo desde las zonas insalubres de la Totalidad vigente, desde sus víctimas; el pasaje al justo crecimiento de la Totalidad desde la alteridad para ‘servir-le’

creativamente. Se trata de un radical aná-díá-logos. Tránsito desde otro mundo, el mundo del semejante que alumbra en las tinieblas. El horizonte de la mundialidad se abre así a un nuevo momento analógico. Se trata por tanto de una “humanidad analógica”. No la fijación de una idea vacía y egológica (pretensión de la Modernidad excluyente) sobre la materialidad de las distintas formas y concepciones del mundo. No la univocidad conquistadora de un cierto lógos hegemónico, ni la equivocidad de un Otro incommunicable, inconmensurable, ajeno. Sino la analogía en la expresión de lo semejante como crecimiento comunitario en la vida y la libertad en un mundo pluribiodiverso. Transición a una nueva Edad del mundo, de tal forma que la salud de la vida humana sea la salud de la naturaleza y la salud de la naturaleza sea la del ser humano en un destino común, el destino de los seres vivientes en el cuidado de la Casa Común. ¡O la vida o el capital!





## Novedades



**Documentos elaborados por la Dirección de Bioética en el contexto de la  
pandemia por COVID-19**

**CONSIDERACIONES RESPECTO AL PROCESO DE CONSENTIMIENTO  
INFORMADO PARA TERAPEUTICAS NO PROBADAS O FUERA DE PROSPECTO  
DE PERSONAS CON COVID-19**

**Versión 2°, 30.6.2020<sup>10,11</sup>**

Autoras: Carolina Angelini, Cecilia Labriola, Andrea Macías,  
Marcela Olivero. Dirección de Bioética.

En el ámbito de la atención sanitaria uno de los derechos fundamentales es el derecho de las personas a participar de las decisiones que comprometen su cuerpo y su salud. Este derecho se cimienta en la autonomía y la dignidad de las personas. La manera en la que éste se ve reflejado en la práctica sanitaria y en la normativa jurídica se ha dado en llamar consentimiento informado (CI).

Desde la perspectiva de la Bioética centrada en los Derechos Humanos (DDHH), **el CI es un modo de relación entre el personal de salud (no sólo ni principalmente lxs**

---

<sup>10</sup> Este texto se ha elaborado tomando como base los documentos redactados para el programa del 1er Seminario virtual 2020 "Los procesos de consentimiento informado en las prácticas en salud". Dirección de Bioética, Ministerio de Salud de Neuquén. 2020.

<sup>11</sup> Con los términos "terapéuticas no probadas o fuera de prospecto", nos referimos a intervenciones diversas, que van desde medicamentos hasta productos sanguíneos, e incluyen intervenciones que han demostrado ser seguras y eficaces y, que han sido autorizadas para una afección distinta de COVID-19, así como, intervenciones que no han demostrado ser eficaces ni han sido autorizadas para otra afección. Para más detalle ver: *Uso de emergencia de intervenciones no probadas y fuera del ámbito de la investigación. Orientación ética para la pandemia de COVID-19*, <https://www.paho.org/es/documentos/uso-emergencia-intervenciones-no-probadas-fuera-ambito-investigacion-orientacion-etica>

médicxs) con lxs pacientes a través del diálogo sobre cómo abordar un problema de salud, y tomar decisiones en forma conjunta<sup>12</sup>. Este se inscribe dentro de los modelos de relación equipo de salud-paciente participativo y deliberativo. El formulario “papel”, es solo un medio para dejar registrado el proceso y la decisión final.

**Es fundamental señalar que toda actuación y/o práctica** que se realice sobre lxs pacientes **debe ser previamente consentida (o rechazada)**. Sin embargo, no es siempre necesario, que este proceso sea registrado por escrito en un papel. Aquello que **no debería faltar, y es considerado primordial, es el proceso comunicativo de alta calidad** para que lxs pacientes puedan tomar una decisión, sea cual fuere la misma, acerca de lo que se le está proponiendo.

Los principios éticos de respeto por la dignidad y autonomía de las personas, sobre los cuales se sustentan el derecho de las personas a participar de las decisiones que comprometen su cuerpo y su salud y la teoría del CI, han sido tomados como fundamento para desarrollar nuestra normativa jurídica. La incorporación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y la mayoría de los tratados internacionales sobre DDHH han sido incorporadas a nuestra Constitución Nacional en el artículo 75 inciso 22. Se incluye, también, toda la normativa jurídica más específica, como el artículo 51 al Código Civil, y Comercial del 2015 (inviolabilidad de la persona humana, respeto por la dignidad) y en las Leyes Nacional y Provincial de Derecho de los Pacientes. Particularmente el CI ha tomado estatus jurídico estableciéndose requisitos para su validez<sup>13</sup> constituyéndose, de este modo, en un requerimiento tanto ético como jurídico.

Además, para el tratamiento de pacientes con COVID-19 en el actual contexto de crisis y emergencia, es imprescindible advertir que no existen terapéuticas de eficacia comprobada. Tampoco es posible iniciar de inmediato estudios clínicos para evaluarlas. Por ello, es éticamente justificado ofrecer tratamientos experimentales o no probados<sup>14</sup>, siempre

---

<sup>12</sup> Definición elaborada en base a los conceptos vertidos en Simón Lorda, P. (2000) El Consentimiento Informado. Historia, Teoría y Práctica. Madrid: Tricastela.

<sup>13</sup> Art. 59 del Código Civil y Comercial de la Nación, art. 9 de la Ley provincial 2611 y artículo 5 de la Ley nacional de derechos de los pacientes 26529 y sus modificatorias.

<sup>14</sup> La tradicional obligación moral del médico de procurar el beneficio al paciente, curando o mitigando su sufrimiento, fue plasmada en el punto 37 de la Declaración de Helsinki de 2013, con el título: Intervenciones no probadas en la práctica clínica, *“Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento.(...)”* Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones

que se cumplan determinadas condiciones<sup>15</sup> claramente establecidas. En este escenario, la complejidad de la implementación del proceso de CI y de los FCI para el uso de terapias no probadas o fuera de prospecto, requiere destacar, entre otros, dos aspectos:

- Lxs pacientes pueden estar en una **situación de urgencia** e incapacidad transitoria (por estar inconscientes) para realizar el proceso de CI y firmar el FCI. Esto, constituye una de las **excepciones al CI**, ya que representa un caso de riesgo inminente grave para la integridad física del/de la enfermx. Se requiere, en consecuencia, la actuación inmediata del/de la médicx prescindiendo del CI (artículo 10 de la ley 2611 y artículo 9 de la ley nacional 26529 y su modificatoria).

- El/la paciente no esté plenamente lúcidx y el riesgo para la integridad no sea tan inminente. Aquí, se correspondería solicitar el CI por representación a los familiares o personas vinculadas de hecho a él/ella. No obstante, en esta circunstancia podría resultar también irrealizable el proceso de CI y la firma del FCI debido a que, por ejemplo, ante las medidas de distanciamiento social obligatorio, las personas mencionadas se encontrarán en otra localidad. En cuyo caso también, se encuadra dentro de las excepciones al CI.

No obstante estos hechos, es imprescindible agotar los esfuerzos y las acciones para realizar un **proceso de consentimiento/rechazo informado** para el uso de las terapias no probadas o fuera de prospecto. A modo de ejemplo, a través de una llamada telefónica a los familiares, o mediante la intervención de integrantes locales del equipo de salud que puedan transmitirles la información necesaria para la toma de decisión. Es importante reiterar que lo substancial es el proceso comunicativo de calidad que permita transmitir al/a la enfermx (o familiares o personas vinculadas de hecho a él/ella) la información acerca de su situación de salud y lo que se le está proponiendo como abordaje terapéutico, para que puedan tomar una decisión acorde a los deseos y proyecto de vida del/de la paciente.

Por último, se remarca el deber de registrar en la historia clínica el cumplimiento del proceso de CI, o los motivos que justificaron su excepción.

---

médicas en seres humanos. (59<sup>a</sup> Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008). Disponible en [http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI\\_2013.pdf](http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf)

<sup>15</sup> La OMS estableció las condiciones para la utilización en situaciones de emergencia de intervenciones experimentales y no registradas, así como, los requisitos para ello. Como mínimo, el paciente o su representante legal deben dar su consentimiento informado; la intervención de emergencia tiene que ser supervisada y sus resultados documentados y comunicados a su debido tiempo a la comunidad médica y científica en general. Para más detalle ver: *Orientaciones para gestionar cuestiones éticas en los brotes de enfermedades infecciosas*. Utilización controlada en situaciones de emergencia de intervenciones experimentales y no registradas. (página 35-37) <http://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/>



## ASPECTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS DURANTE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)

REPORTE RÁPIDO 3°, 8.6.2020:

ASIGNACIÓN DE RECURSOS CON ÉNFASIS EN CUIDADOS CRÍTICOS.

Elaborado por: Carolina Angelini, Cecilia Labriola, Andrea Macías, Marcela Olivero y Juan Schuhmacher.

### ÍNDICE

¿Por qué una nueva versión?

¿Qué se ha actualizado en la presente versión?

1. Fundamentación
2. Propósito
3. A quién está dirigido
4. Aspectos generales
  - 4.1. Características de la pandemia: origen y desarrollo
  - 4.2. Características territoriales y poblacionales de Neuquén
5. Aspectos jurídicos
6. Aspectos éticos generales
7. Aspectos éticos relacionados a los procesos de toma de decisiones
8. Asignación de prioridades y recursos en cuidados críticos
  - 8.1 Lineamientos éticos rectores y su aplicación en la toma de decisiones en cuidados críticos
    - 8.1.a. El escenario particular de demanda excepcional
    - 8.1.b. ¿Quién debe tomar la decisión?
    - 8.1.c. ¿Cómo debe ser tomada la decisión y, posteriormente, analizada?
      - 8.1.c.i. Análisis del beneficio neto
    - 8.1.d. ¿Cómo se registrará el proceso de toma de decisiones?
    - 8.1.e. ¿Cómo se garantizará la calidad del proceso?
    - 8.1.f. Aspectos adicionales de consideración vinculados a cuidados críticos
  - Anexo: Algoritmo de toma de decisión en la asignación de recursos en cuidados críticos
  - Bibliografía

## ¿Por qué una nueva versión?

El motivo de la presente versión surge a partir de la necesidad de incorporar las sugerencias y opiniones de actores/as claves en esta pandemia, a partir de las nuevas experiencias, conocimientos y realidades transitadas desde la instauración de la emergencia sanitaria.

¿Qué se ha actualizado en la presente versión?

- Apartado 6. Aspectos éticos generales: se clarifica la interdependencia de los derechos colectivos e individuales.
- Apartado 8.1.b. inciso g: *¿Quién debe tomar la decisión?*: se amplían los criterios de atención a recibir, de no requerir cuidados críticos.
- *Apartado 8.1.d ¿Cómo se registrará el proceso de toma de decisiones?*: se clarificaron aspectos generales sobre el proceso de registro. Además, aquellos específicos referidos al armado del consolidado sobre la atención de pacientes en cuidados críticos, así como las características y conformación del equipo de apoyo permanente para las /os profesionales responsables de tomar las decisiones clínicas.
- *Apartado 8.1.f Aspectos adicionales de consideración vinculados a cuidados críticos*: se clarifica y reformulan, el título y el contenido del apartado con el fin de indicar ciertos aspectos no tratados en el reporte pero que se vinculan con él.

### 1. Fundamentación

En un contexto de pandemia, el cuidado de la salud de la población es ponderado como el valor ético de más alto grado, de la misma manera que el valor de la justicia en la distribución de recursos limitados, siempre atentos a las condiciones de vida de la población asistida. En el accionar para enfrentar la gravedad de la pandemia se comprometen valores que, según sean jerarquizados, resultará en determinadas decisiones. Por tanto, es fundamental considerar todos los aspectos éticos que surgen con el propósito de guiar y acompañar los procesos con toma de decisiones ante situaciones individuales y colectivas.

Los planes de contingencia para afrontar situaciones extremas y de emergencia como la que vivimos, deben estar fundados en valores éticos ampliamente reconocidos,

de manera tal, que las personas puedan comprender de antemano las decisiones que deberán ser tomadas en dicho contexto. Por ello, los Derechos Humanos constituyen el marco de referencia obligado, ya que los mismos, además, gozan del más alto rango de jerarquía normativa en nuestro país.

Asimismo, resulta pertinente subrayar que el interés común y colectivo prevalece por sobre los intereses individuales, y que las medidas y acciones que se tomen tendrán un carácter temporal y proporcional con la gravedad de las situaciones que pudieran ocurrir. No obstante, a su vez, se procurará la protección y el respeto por la intimidad, la no discriminación y el trato respetuoso de las personas. Particularmente, se hará énfasis en disminuir las desigualdades que ya padecen y padecían los grupos vulnerados en nuestra sociedad, al momento de presentarse esta pandemia.

## **2. Propósito**

El propósito de este documento es proporcionar a todo el Sistema de Salud de Neuquén una guía para la toma de decisiones éticas en la atención de las personas en el contexto de la pandemia por coronavirus, a los fines de contribuir con dos objetivos principales:

- Minimizar la gravedad de la enfermedad y las muertes;
- Minimizar el conflicto social entre neuquinos y neuquinas derivados de la situación de pandemia.

Asimismo, este documento pretende brindar el marco para el uso equitativo y efectivo de los recursos críticos de salud en una situación de excepcional alta demanda. Cabe mencionar que no es un plan de acción sino un informe que oriente las decisiones vinculadas con la atención de salud de las personas en un contexto extremo y de emergencia.

Este informe se elabora en vistas de la pandemia por coronavirus. No obstante, sus principios fueron basados en lo trabajado por la Dirección de Bioética durante el brote de SARS de 2003 y la pandemia de gripe por virus H1N1 de 2009 y, por lo tanto, podrían extenderse a otras situaciones similares.

## **3. A quién está dirigido**

Este informe está dirigido a personas que trabajan en el Sistema de Salud de Neuquén, incluyendo todos los subsectores, en áreas gubernamentales de la provincia de Neuquén, principalmente el Ministerio de Salud, así como todos los Ministerios con

responsabilidades en esta situación de crisis. En la medida de lo posible, debe ser puesto a consideración y discutido con el personal de salud implicado, y flexible a las modificaciones pertinentes.

Asimismo, podría ser utilizado como referencia por otras instituciones cuyas actividades se vinculen con el cuidado de la salud y el bienestar de las personas.

#### **4. Aspectos generales**

##### **4.1. Características de la pandemia: origen y desarrollo**

La pandemia por coronavirus (o cualquier otra pandemia por virus) ocurre cuando el virus para el cual los seres humanos tienen poca o nula inmunidad, adopta la habilidad de infectarlos en una transmisión persona a persona que deriva en un brote masivo. El virus tiene la capacidad de extenderse mundialmente de manera veloz, causando una pandemia.

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, provincia de Hubei, China, informó la aparición de un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, incluidos siete casos graves. La actividad que aparecía como un denominador común entre estas personas según refieren, era haber visitado el mercado de mariscos Huanan de Wuhan que, por tal motivo, posteriormente fue cerrado al público. El 9 de enero de 2020, China informó que se había detectado un nuevo coronavirus, denominado 2019-nCoV, como el agente causal de los casos de neumonía. Los coronavirus constituyen una familia de virus capaces de infectar a los humanos y a una variedad de animales, incluidas aves y mamíferos. La mayoría de los coronavirus que circulan habitualmente se asocian a cuadros respiratorios leves. Sin embargo, desde 2002 dos coronavirus que infectan animales evolucionaron y causaron brotes en humanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado el seguimiento de la epidemia originada en China constatando que el número de casos confirmados crecía diariamente de manera exponencial y paulatinamente había comenzado a extenderse hacia otras regiones del globo. Atendiendo a estas circunstancias, el 30 de enero del corriente año la OMS declaró la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, instando a todos los países a estar preparados para adoptar medidas de contención, como la vigilancia activa, la detección temprana, el aislamiento y el manejo de los casos, el seguimiento de contactos y la prevención de la propagación del 2019-nCoV. Éste virus fue posteriormente denominado SARS-CoV-2, siendo COVID-19 la enfermedad que provoca.

En Argentina, el 3 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso de COVID-19 en un adulto que arribó al país en un vuelo proveniente de Milán, Italia dos días antes. El 12 de

marzo de 2020 el Poder Ejecutivo Nacional decreta la emergencia sanitaria nacional por un año, en virtud de la situación epidemiológica internacional y nacional. Asimismo, el Gobernador de la provincia de Neuquén dicta lo propio a través de un decreto provincial.

La Dirección de Epidemiología perteneciente a la Dirección General de Epidemiología e Información Sanitaria del Ministerio de Salud de Neuquén realiza la vigilancia epidemiológica internacional, nacional y provincial de la pandemia por COVID-19, con actualizaciones diarias, modificando la definición de caso sospechoso en función de los acontecimientos y conocimientos que surgen.

#### **4.2. Características territoriales y poblacionales de Neuquén.**

La Provincia de Neuquén presenta ciertas particularidades que necesitan ser contempladas al momento de diseñar políticas públicas en salud con perspectiva de derechos.

Las necesidades de comunidades rurales y de difícil acceso pueden ser mayores que para otras comunidades dado el aislamiento geográfico así como por distintos aspectos sociales, sanitarios, medioambientales, económicos y culturales. Aspectos similares pueden vincularse a grupos en situación de marginación social y vulneración de derechos en zonas urbanas, como por ejemplo:

- Personas con discapacidad
- Personas trans
- Personas LGTBIQ
- Personas analfabetas
- Personas migrantes
- Personas en situación de calle
- Personas con alguna condición de salud mental
- Personas institucionalizadas (personas privadas de la libertad, en hogares, en institutos de menores, etc)
- Personas con enfermedades crónicas y/o agudas, preexistentes
- Personas sin empleo o empleos informales
- Personas pertenecientes a comunidades originarias
- Personas en la niñez y en la adolescencia
- Personas cursando un embarazo

Asimismo, particularmente en esta pandemia, son grupos vulnerables por su alto riesgo de contagio y/o mortalidad registrada hasta el momento a causa de su situación de

exposición, o por su pertenencia a un grupo etario, los cuales, a su vez, sufren discriminación:

- Adultos/as mayores
- Personas responsables de la atención y los cuidados de la salud de las personas con COVID-19 (trabajadores/as de la salud, de geriátricos, acompañantes, etc.)

Las personas pertenecientes a todos estos grupos podrían ser marginadas aún más si las acciones desde los servicios de salud en situaciones de pandemia se limitan a aproximaciones estándares para la población en general y no son atendidas en forma particular. Por lo tanto, en las decisiones que se tomen es necesario adquirir suficiente flexibilidad para poder abordar las necesidades específicas de las condiciones de dichos grupos.

Dichas condiciones incluyen pero no se limitan a necesidades vinculadas a la difusión de información (medios, lenguaje, idioma, etc.), al acceso a análisis de salud específicos, al tratamiento de sostén, a la hospitalización, a vacunas y a cualquier requerimiento que permita satisfacer las necesidades básicas para el desarrollo de sus vidas (por ejemplo, alimentación e higiene). Para el abordaje de estas situaciones por parte del equipo de salud, la perspectiva debe ser integral y basada en Derechos Humanos.

## **5. Aspectos jurídicos**

Las consideraciones legales que surgen en la respuesta a la situación de pandemia son variadas y complejas pues debe tenerse en cuenta el entramado de regulación internacional, nacional y provincial involucrada.

A través de Decreto Nro. 260/2020 el Poder Ejecutivo Nacional amplió la emergencia pública sanitaria en virtud de la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con el coronavirus (COVID-19). Además, por Decreto Nro. 366/2020 el Poder Ejecutivo Provincial declaró el estado de emergencia sanitaria en todo el territorio provincial por un plazo de 180 días, creando el Comité de Emergencia para formular e implementar políticas públicas para prevención y mitigación del COVID-19. Por último, el estado de emergencia implica un 'derecho de emergencia', y gira tal como lo expresa la doctrina jurídica y la jurisprudencia en torno a cuatro elementos fundamentales: a) situación que exige una rápida respuesta estatal, b) acto necesario para enfrentarla, c) sujeto necesitado - estado, y d) derecho de necesidad que atienda la problemática de la situación descripta (Graciela Gloria Pinése, El derecho de emergencia o el derecho en emergencia, 2005, en [www.saij.jus.gov.ar](http://www.saij.jus.gov.ar), SAIJ: DACC050009, con cita

fallo: Martínez Castro M.L y otro c/ Establecimiento Tala Viejo S.A." "J.N.Civ. N° 59 19-7-2002).

## 6. Aspectos éticos generales

Las consideraciones éticas implicadas en una situación de pandemia, las respuestas así como las acciones que se dan en dicho contexto involucran un análisis ético de los valores, intereses y derechos involucrados en cada situación. Éste análisis ético permite identificar las contrariedades y complejidades que pudieran presentarse y determinar cuáles serían los modos de abordarlos con equidad y transparencia a partir de las decisiones y de la efectividad en las acciones. Algunos ejemplos de ellos incluyen decisiones sobre:

- el destino de recursos limitados especialmente en la priorización de la administración de vacunas, y en las decisiones a tomar en la atención de cuidados críticos;
- la adopción de medidas de salud pública que podrían restringir libertades individuales;
- roles, obligaciones y medidas de protección de los/las trabajadores/as de la salud;
- responsabilidades de la comunidad en general.

El análisis ético en el contexto de pandemia comienza con la identificación y priorización de los valores éticos que se encuentran implicados en dicha situación. El análisis debe incluir una reflexión en cuanto a opciones vinculadas con el interés social versus el interés individual y los valores que están en juego, siendo inevitables las tensiones, conflictos y controversias como consecuencia de esta situación.

En situaciones de pandemia los aspectos éticos que se priorizan tienen que ver con un **enfoque poblacional**, en el cual los intereses colectivos vinculados con la salud pública adquieren preponderancia por sobre los intereses individuales, pues las acciones individuales sin un sentido de cuidado colectivo pueden poner en riesgo la vida de toda la población. Esto no significa estar a favor de la falsa dicotomía entre derechos individuales y colectivos, por el contrario, ambos son interdependientes: las dos caras de una misma moneda, siendo que a mayor ejercicio de los derechos de todas las personas, se amplían los propios. En términos prácticos, esto guarda relación con que el énfasis debe ser puesto en valores tales como la **solidaridad** – noción de que todos somos partes de un mismo colectivo-, y la **confianza** – dada por las relaciones que deben construirse entre la ciudadanía, los gobernantes, las organizaciones, etc-.

Otra consideración que requiere especial atención tiene que ver con la **reciprocidad**, que implica que las personas que transitan una carga mayor en su labor y responsabilidad en la protección pública (personas involucradas en las actividades consideradas como esenciales: trabajadores/as de la salud, policía, bomberos, comercios vinculados a la provisión de alimentos, farmacias, industrias alimenticias y de medicamentos, medios de comunicación, recolección de residuos, etc.) sean reconocidas por la sociedad y que las cargas sean minimizadas.

La adecuada gestión vinculada con la organización y planificación de manera **responsable y transparente**, de modo tal que permita la **rendición de cuentas**, está estrechamente relacionada con la confianza que la sociedad delega en otros para su cuidado. La confianza y la construcción de vínculos apropiados implican que el poder otorgado por la sociedad al gobierno y autoridades de salud no debe ser abusivo. Por ejemplo, las restricciones que se tomen deben ser proporcionales a la amenaza y únicamente en la medida necesaria para prevenir o contrarrestar un daño previsible. Estas restricciones deben ser compensadas con el apoyo de minimizar las cargas para las personas afectadas y debidamente comunicadas a la comunidad en general.

Los conceptos de **justicia y equidad** resultan de vital importancia en el contexto de la pandemia. Los beneficios y los riesgos deben ser distribuidos de modo balanceado entre toda la población. El acceso a los servicios de salud puede ser especialmente limitado en ámbitos de emergencias sanitarias. Por ello, los recursos disponibles, deben ser distribuidos mediante el establecimiento de reglas específicas preestablecidas, claras y transparentes. Lo que se considerará una distribución justa, equitativa y efectiva dependerá de las circunstancias y contextos particulares. Por lo tanto, la transparencia en los procesos y las decisiones que se toman cobran sustancial relevancia, especialmente considerando la complejidad del sistema de salud argentino caracterizado por su fraccionamiento y segmentación, situación a la que la provincia de Neuquén no es ajena.

## **7. Aspectos éticos relacionados a los procesos de toma de decisiones**

Un proceso de toma de decisiones ético debe fundarse en los siguientes principios:

- **Abierto y público:** el proceso por el cual se toman las decisiones debe ser abierto a discusión y escrutinio público. La población debe tener posibilidad de ser consultada y ser tenidos en cuenta sus puntos de vista en la toma de decisiones. Debe haber mecanismos para abordar quejas y desacuerdos.

- **Transparencia:** toda la información sobre las decisiones que se toman, los fundamentos por los cuales se tomaron así como la información con relación a dónde fue realizado y por quién, debe ser de acceso público.
- **Responsabilidad:** se debe asumir responsabilidad por las decisiones que se toman y brindar apoyo a otras personas por las que ellos y ellas toman. Además, se deben disponer mecanismos para asegurar que las personas involucradas en las tomas de decisiones den cuenta por sus acciones e inacciones.
- **Disponibilidad:** Las decisiones y nueva información que surja a lo largo de la pandemia deben estar disponibles para su consulta y re-consulta. Debe existir flexibilidad en contextos inciertos y en permanente cambio y dar lugar a otras personas a contribuir, en la medida de lo posible, para cuestionar las decisiones y acciones que se tomen a fin de mejorarlas.
- **Razonabilidad y factibilidad:** las decisiones no deben ser arbitrarias sino que deben ser fundamentadas en razones que puedan ser explicadas, proporcionales a la amenaza y basadas en la evidencia disponible, experiencia y prácticas. Asimismo, deben ser factibles de ser aplicadas.

Los principios enunciados anteriormente guardan relación con lo que la sociedad espera de los y las gobernantes y demás personas encargadas de preservar el bien común. Debido a ello, valores como la equidad, la solidaridad y la transparencia son fundamentales en un contexto en el que las consecuencias son inciertas y la información cambia permanentemente. Por lo tanto, las personas responsables de tomar decisiones deben basar las mismas en un proceso justo, transparente y con bases científicas, a través de una estrategia comunicacional en consonancia con estos valores, para dar legitimidad a la asignación de prioridades y recursos.

## 8. Asignación de prioridades y recursos en cuidados críticos

Es necesario que la sociedad sepa de antemano qué se espera de las decisiones que se toman con respecto a su salud y bienestar. Para ello es de vital importancia que se implemente una **estrategia comunicacional** que demuestre la transparencia de la asignación de prioridades y que tenga como objetivo que tanto la comunidad como los y las trabajadores/as de salud, conozcan y entiendan el propósito y la necesidades a

resolver junto con las decisiones que se toman, los grados de libertad con los cuales se realizará y los roles de cada persona involucrada.

Si bien la situación de pandemia requiere de un análisis ético de cómo se toman decisiones y se acciona en diferentes ámbitos y circunstancias de la atención de salud de las personas, en este documento se desarrollará aspectos específicos con relación al acceso a cuidados críticos. El paciente en estado crítico es aquel que presenta una alteración actual o probable de la función de uno o varios órganos, que compromete su supervivencia si no se toman medidas activas. Supone además la amenaza de muerte, la posibilidad de reversibilidad esperable y transitoriedad posible, no siempre predecibles ni evaluables primariamente en cada paciente. El cuadro crítico puede expresar una enfermedad aguda de rápido comienzo, síntomas severos y evolución breve, o presentarse por la aparición de un evento agudo en el contexto de una enfermedad crónica.

Los sectores a cargo de la atención de pacientes en estado crítico enfrentan consideraciones éticas particulares, ya que involucran recursos que resultan críticos para el mantenimiento de la vida en situaciones de emergencia debido a que existe una demanda extraordinaria de cuidados de salud, medicamentos, y equipamiento que en situaciones de no emergencia no ocurriría. Esto implica, además, que las expectativas de la población en cuanto al acceso a la atención de salud en situación de pandemia deben cambiar.

### ***8.1 Lineamientos éticos rectores y su aplicación en la toma de decisiones en cuidados críticos***

Los siguientes principios son aplicables igualmente para personas en cualquier etapa de la vida:

- A. Toda vida humana, independientemente de su edad, género, religión, nacionalidad, afiliación política, estado socioeconómico, discapacidad, es considerada igualmente valiosa.
- B. Existe un deber ético de administrar los recursos de alta demanda, como los cuidados críticos, donde se vaya a obtener mayor beneficio. Esto implica que los recursos se destinarán para asegurar la mayor cantidad de vidas que se puedan salvar. En este sentido, **todos los recursos tanto del subsector público, del privado y de obras sociales deben estar disponibles para toda la población, debiendo su asignación responder a los criterios clínicos enunciados y de salud pública, y no de mercado**, dada la preeminencia en un estado de emergencia sanitaria del derecho a la salud por sobre el derecho a la propiedad

acorde, asimismo, a las definiciones constitucionales de la *salud como derecho colectivo, público* y como capital social.

- C. Es antiético que se destinen recursos de salud a personas que no se beneficiarán de ellos.
- D. El objetivo general es proveer “lo mejor para lo mejor” en situaciones en que los recursos son de alto requerimiento en un corto lapso.
- E. Toda persona que requiera atención de su salud en el territorio de la provincia de Neuquén debe acceder a cuidados críticos de manera equitativa, determinado únicamente por **evaluación clínica** del beneficio para la persona (punto B), pero con el entendimiento explícito de que el límite del beneficio (para todas las personas) aumentará conforme la capacidad de los cuidados críticos se reduce.
- F. El deber general de todas las personas trabajadoras de salud es procurar una máxima calidad de vida y minimizar el dolor y el sufrimiento. Este deber de cuidado aplica en cualquier decisión que requiera la asignación de recursos limitados de salud.
- G. No ser admitido a una unidad de cuidados intensivos no significa que no se recibirá la atención indicada según lo requiera la situación clínica de cada paciente. Resulta difícil planificar el cese de los cuidados intensivos, la restricción de los accesos y la reducción de duración de ciertas intervenciones. Sin embargo, sería antiético no planear dichas situaciones.

*Aplicación de los lineamientos al proceso de toma de decisiones en cuidados críticos*

Además de lo comentado en el punto 7 sobre el proceso de toma de decisiones éticas, las siguientes consideraciones cobran relevancia durante el proceso vinculado a la atención de las personas que requieren cuidados críticos:

#### **8.1.a. El escenario particular de demanda excepcional**

En situaciones de emergencia, como una pandemia, existe un número aumentado de personas por encima de lo habitual que requieren atención de salud y, particularmente, cuidados críticos.

Los principales esfuerzos deben centrarse en hacer posible que los recursos necesarios estén disponibles para la atención y el cuidado de la salud de las personas, apelando a una distribución de la riqueza, la tecnología y los avances científicos centrada en las necesidades de los pueblos y las comunidades, y no en la máxima acumulación de

ganancias de sectores minoritarios. No obstante, y paralelamente a ello, frente a este posible panorama, los recursos de cuidados críticos (y de otros sectores) podrían no ser suficientes y, por lo tanto, todas las personas podrían no beneficiarse de ellos. Así, el límite de accesibilidad podría elevarse. Por consiguiente, las decisiones deberán ser tomadas frente a este límite y entre pacientes. Los pacientes con mayores chances de beneficiarse deberán ser priorizados.

### **8.1.b. ¿Quién debe tomar la decisión?**

Como la decisión se funda en la capacidad de beneficiarse de una intervención clínica, **las únicas personas que podrán tomar la decisión del acceso a los cuidados críticos serán médicas y médicos**. En este contexto, será necesario tomar una serie de decisiones de manera urgente:

- a) Las decisiones de no recibir a una persona en unidades de cuidados intensivos en un contexto excepcional de alta demanda, como es la pandemia por coronavirus, deberá ser tomada por lo menos por 2 profesionales médicos/médicas y deberá ser revisada para asegurar que es lo apropiado, además de la protección de la salud del personal sanitario. **LA DECISIÓN NUNCA DEBE TOMARSE EN SOLEDAD.**
- b) Deberá haber un reconocimiento de los principios éticos en todos los equipos de salud tanto de unidades de cuidados intensivos, así como de otras áreas de atención de la salud (por ej. primer nivel de atención y emergencias).
- c) En los casos en que la persona a ingresar a la unidad de cuidados intensivos tenga proximidad afectiva con alguna de las personas responsables de tomar las decisiones de ingreso, dicha decisión deberá, en la medida de lo posible, delegarse a otra persona destinada para tal fin.
- d) Algunos miembros de los equipos de salud que estarán exclusivamente involucrados en las necesidades de las personas a las cuales atienden podrían encontrar las decisiones de suspensión y adecuación de tratamientos, difíciles de tomar. **Las decisiones que los y las responsables tomen con relación al acceso a unidades de cuidados intensivos deberán ser respetadas y apoyadas por todo el equipo de salud.** Dichas personas también deberán recibir el apoyo necesario para tales decisiones con relación a la preservación de su propia salud (por ejemplo, contención psicológica).

### **8.1.c. ¿Cómo debe ser tomada la decisión y, posteriormente, analizada?**

El Anexo del presente informe es un algoritmo para la toma de decisiones en la asignación de recursos en cuidados críticos en una situación de pandemia. Las mayores dificultades podrían surgir de las etapas finales cuando:

- se debe asignar el “beneficio neto” que podría obtener la persona si se ingresa a unidades de cuidados intensivos.
- se debe tomar una decisión cuando no existen diferencias en términos de los beneficios que dos o más personas puedan obtener si se ingresaran a unidades de cuidados intensivos.

#### **8.1.c.i. Análisis del “beneficio neto”**

Especial atención deberá prestarse a las siguientes consideraciones frente al proceso de toma de decisiones:

- A. El análisis del beneficio que obtendrían las personas por ser ingresadas a unidades de cuidados intensivos deberá ser **exclusivamente por criterio clínico** a partir de **la posibilidad de recuperación al estado de salud anterior al comienzo de la enfermedad actual. Sería discriminatorio rechazar a la persona sobre la base de discapacidades pre-existentes.**
- B. Es esencial tener en cuenta que las posibilidades de beneficio pueden bien estar reducidas debido a la situación de salud pre-existente de la persona.
- C. En caso que se decida que los cuidados críticos deban brindarse a personas con menos necesidades de cuidados de salud pre-existentes, esto debe ser únicamente fundado sobre la base de que dichas personas tengan mayor probabilidad de recuperación si se las admite a unidades de cuidados intensivos.
- D. Las decisiones con respecto al ingreso a unidades de cuidados intensivos nunca deberán ser fundadas por consideraciones sobre el valor social que se le otorgue a la persona.
- E. La edad nunca debe ser un criterio para decidir el ingreso de una persona a unidades de cuidados intensivos.
- F. En situaciones extremas, si se presentara un gran número de personas con similares probabilidades de beneficiarse por el ingreso a cuidados intensivos frente a la disponibilidad de un único recurso, la elección aleatoria (al azar) sería el proceso más justo. El criterio “primer llegado, primer ingresado” suele ser el que más suceda.

#### **8.1.d ¿Cómo se registrará el proceso de toma de decisiones?**

Al mandatorio registro del proceso de atención en la historia clínica de cada paciente, se recomienda elaborar un listado, a modo de consolidado, que recoja la información de todos los pacientes con solicitud de ingreso a cuidados críticos. Dicha recomendación, se formula a los fines de asegurar un proceso equitativo y transparente, así como de la protección de las personas que tomarán las decisiones para el ingreso a unidades de cuidados intensivos. Al mismo tiempo, constituye un instrumento que operativiza el seguimiento de todo el proceso de toma de decisiones.

El consolidado de la información unificada debería:

- A. Realizarse en cada unidad de cuidados intensivos disponible en la provincia de Neuquén.
- B. Designar y garantizar una persona responsable de la elaboración del consolidado que incorpore la información requerida.
- C. Conformarse listado de las personas que se ingresan a la unidad de cuidados intensivos, registrando quiénes han participado de la toma de decisiones para su ingreso, los motivos y criterios por los que la persona fue admitida, las decisiones que se toman sobre ellas, así como, su seguimiento y su desenlace.
- D. Conformarse un listado de personas que se decide no ingresar donde se registren quiénes han participado de la toma de decisiones para no ingresarla y los motivos por los que la persona no fue admitida.

#### **8.1.e ¿Cómo se garantizará la calidad del proceso?**

Para garantizar la calidad del proceso, se recomienda conformar un Consejo integrado por ex miembros de los equipos de cuidados intensivos (pares) de la provincia de Neuquén, tanto de los subsectores público, privado y de obras sociales. Dicho Consejo analizará de forma diaria los consolidados con los registros de pacientes que fueron y no fueron admitidos a las unidades. Además, será el órgano consultivo de apoyo y acompañamiento permanente para las /os profesionales responsables de tomar las decisiones clínicas.

#### **8.1.f Aspectos adicionales de consideración vinculados a cuidados críticos**

Cabe explicitar en este punto, que se parte del supuesto, que en las áreas gubernamentales con responsabilidades en esta situación de crisis, se harán los máximos

esfuerzos respecto a la organización de los recursos e insumos necesarios, de forma tal, de ampliar en el mayor grado posible el acceso a los cuidados críticos.

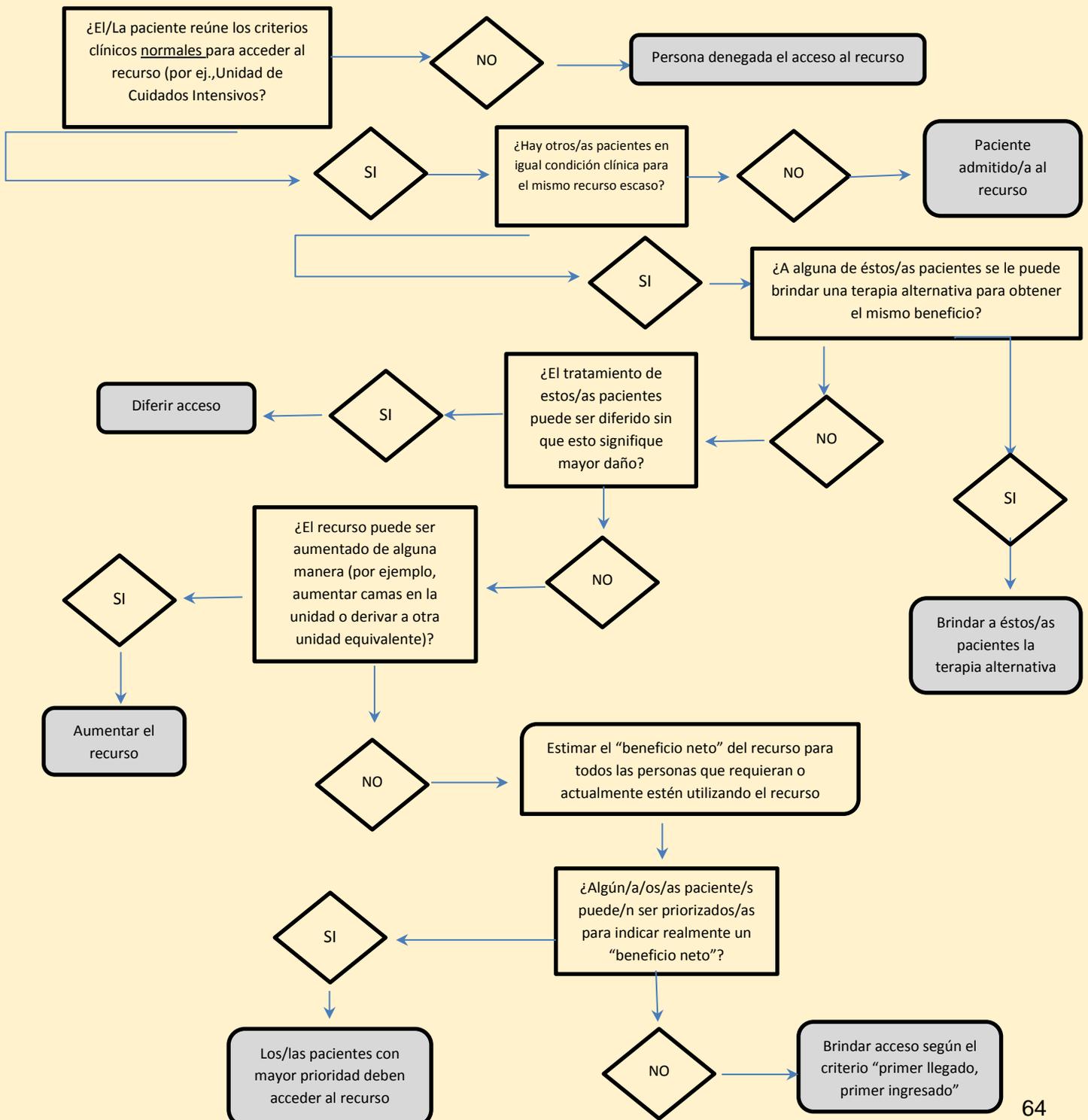
Existen situaciones particulares con relación al ingreso de personas a unidades de cuidados intensivos no abordadas en el presente documento, a considerar para un proceso de decisión con transparencia, equidad y demás características detalladas anteriormente, a saber:

- Decisiones sobre la suspensión de cirugías programadas o de urgencia que requieren indefectiblemente el ingreso a unidades de cuidados intensivos.
- Decisiones con respecto al acceso de personas a otros servicios de alta complejidad (como trasplante).
- Decisiones con respecto a personas que requieran ser ingresadas a las unidades de cuidados intensivos por otras situaciones de salud distintas a la pandemia y a las ya enunciadas.

## ANEXO

### ALGORITMO DE TOMA DE DECISIÓN EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN CUIDADOS CRÍTICOS

Adaptado de Ardagh, M. (2006) Criteria for prioritising access to healthcare resources in New Zealand during an influenza pandemic or at other times of overwhelming demand. NZMJ 119;1243, disponible en <https://bit.ly/33MKw9j>; y de NHS England North. (2015) Ethical framework for utilisation of critical care in response to exceptional demand. [Internet] NHS [citado 20 mar 2020], disponible en: <https://bit.ly/2UuYMPL>



## BIBLIOGRAFÍA

Ardagh, M. (2006). Criteria for prioritising access to healthcare resources in New Zealand during an influenza pandemic or at other times of overwhelming demand. NZMJ 119;1243 [Internet] [citado 20 mar 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17063196>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020a). Event background 2019nCoV. [Internet] [citado 6 feb 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus/eventbackground-2019>.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020b). Disease background of 2019-nCoV. [Internet] [citado 7 feb 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/2019-ncov-backgrounddisease>.

Getting Through Together (2007). Ethical Values for a Pandemic. [Internet] [citado 20 mar 2020] Disponible en:

<https://neac.health.govt.nz/system/files/documents/publications/getting-through-together-jul07.pdf>

NHS England North. (2015) Ethical framework for utilization of critical care in response to exceptional demand. [Internet] NHS [citado 20 mar 2020]. Disponible en: <https://www.noeccn.org.uk/resources/Documents/Resilience%20resources/NoECCN/Ethical/Framework/Exceptional/Demand/Critical/Care/V4/2007/2010/202015.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura . (2005) Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. Instrumentos Normativos. [Internet] [citado 20 mar 2020] Disponible en:

[http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

Organización Mundial de la Salud. (2017). Manejo del riesgo de influenza pandémica. Una guía de la OMS para informar y armonizar la preparación y respuesta ante pandemias nacionales e internacionales. [Internet] [citado 20 mar 2020] Disponible en:

[http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza\\_risk\\_management/en/index.html](http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/index.html)

Reportes epidemiológicos COVID-19 N°1 al N°60. Dirección de Epidemiología. Dirección General de Epidemiología e Información Sanitaria. Ministerio de Salud de Neuquén. [Internet] [citado 1 jun 2020]. Disponibles en: <https://www.saludneuquen.gob.ar/> Servicio Terapia Intensiva. Hospital Provincial de Neuquén. (2018). Protocolo adecuación terapéutica personalizada (ATP) en paciente crítico.

United Nations (1984). United Nations, Economic and Social Council, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights. [Internet] [citado 20 mar 2020] Disponible en: <http://hrlibrary.umn.edu/instree/siracusaprinciples.html>

University of Toronto Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group. (2005) Stand on guard for thee. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza [Internet] [citado 20 mar 2020]. Disponible en: [http://jcb.utoronto.ca/people/documents/upshur\\_stand\\_guard.pdf](http://jcb.utoronto.ca/people/documents/upshur_stand_guard.pdf)



## **Revista Patagónica de Bioética**

### **Instrucciones para lxs autorxs**

#### Especificaciones

1.- Los trabajos originales deberán tener una extensión entre 2000 y 5000 palabras (aproximadamente 5 a 12 páginas), con las fuentes bibliográficas a pie de página. Deberán ser enviados exclusivamente por correo electrónico en tamaño A4, Documento Word (.doc o .docx) u Open Office Writer (.odt), letra Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5.

2. Título del artículo centrado en letra negrita, utilizando mayúscula/minúsculas según corresponda.

3. Autor/es: nombre y apellido en el margen izquierdo, con nota final (del tipo\*) indicando título, cargo, lugar de trabajo y pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo.

4. Resumen de hasta 150 palabras. Palabras Clave tipo: VIH/Sida, consentimiento informado, inducción indebida, pobreza, enfermedad crítica, etc.

#### Optativo:

- Resumen en inglés, en letra Arial tamaño 9 con interlineado 1,5.

- Incluir la traducción al inglés del título del artículo y cinco (5) palabras clave, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas.

5. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.

6. Los cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones deben enviarse en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto (el cual debe indicar claramente su ubicación e incluir el epígrafe correspondiente).

7. Las notas deben estar al final del texto, respetando igual letra y tamaño utilizados.

8. Las transcripciones textuales de autores al igual que las entrevistas y citas de cuadernos de campo, que no superen las tres líneas se mantendrán en el cuerpo principal del texto, entre comillas y sin itálicas ni negritas. En caso de referencias mayores a tres líneas, se presentará separada del cuerpo principal del texto con un espacio al comenzar y otro al terminar, entre comillas, sin utilizar itálicas ni negritas.

9. Las citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto. Puede utilizarse el sistema automático incorporado a los procesadores de texto. En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. o et al.

10.- Artículos de revistas deben seguir el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas. (año). título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.

Ejemplos: SEN, A. (2002). ¿Por qué equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).

- Los libros se citarán: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, (año).Título, edición si la hubiere, editorial, lugar.

Ejemplos: NINO, C. (1989). *Ética y derechos Humanos*. Ed. Astrea, Buenos Aires.

Capítulo de libro Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas. (año). Título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), *título*, editorial, ciudad, páginas.

Ejemplos:NUN, J. (2014). El sentido común y la construcción discursiva de lo social. En: GRIMSON, A. (Comp.), *Culturas políticas y políticas culturales* . Buenos Aires: Fundación de Altos Estudios Sociales, ed. Boll, Cono Sur, pp. 15 - 23.

- Citas de documentos y/o declaraciones institucionales. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se harán colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional completo, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:

CEPAL - Comisión Económica para América Latina. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en:

<http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2157SES293/Globa-c10.pdf>

Si la edición citada fuera impresa se deberá consignar el lugar de edición como en el caso de los libros.

Siempre que sea posible se agregará la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.

11. Se solicita incorporar uso de lenguaje inclusivo.