



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Muertes sin cuerpo. Indagaciones etnográficas y bioéticas en torno a los protocolos sanitarios implementados por COVID-19 en un hospital municipal de Córdoba, Argentina

Morts sense cos. Indagacions etnogràfiques i bioètiques entorn dels protocols sanitaris implementats per COVID-19 en un hospital municipal de Córdoba, Argentina

Deaths without bodies. Ethnographic and bioethical inquiries into the health protocols implemented by COVID-19 in a municipal hospital in Córdoba, Argentina

Lucia Noelia Rios¹

¹ Lucia Noelia Rios. Doctora en Ciencias Antropológicas. Becaria Posdoctoral Instituto de Antropología de Córdoba (IDACOR) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. Email: rioslucia14@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3033-3773>.



Resumen

A raíz de la implementación de protocolos sanitarios por el virus Sars-CoV-2 en un hospital de Córdoba, Argentina, se generaron situaciones clínico-sociales en torno al “morir en pandemia” definidas por miembros del equipo de salud como muertes sin cuerpo, producto de un escenario complejo donde familiares y allegados no poseían instancias de encuentro con el cuerpo del fallecido, aun cuando éste no había muerto por COVID-19. Este hecho se constituyó como una situación dilemática, ya que ante la ausencia del cuerpo resultaban imposibles los rituales de despedida habituales en la institución, generando duelos inconclusos. Asimismo, el dilema se sucedía al momento de aplicar obligatoriamente el protocolo a pacientes cuya muerte no estaba vinculada al COVID-19. Para reducir el impacto ocasionado por estas muertes sin cuerpo, se generaron estrategias de intervención colaborativas, como parte de una bioética de intervención, en pos de buscar alternativas posibles de ser implementadas en la institución. Indagaré entonces en torno a los sentidos de la muerte y los diversos dilemas que se fueron suscitando a partir de los protocolos dispuestos por las entidades sanitarias, como también el modo en que se derivó en la elaboración colaborativa de una serie de guías que pudieran ser instrumentadas a los fines de acompañar en esos primeros instantes del duelo.

Palabras clave: hospital; protocolo; muerte; bioética; intervención; duelo.

Resum

Arran de la implementació de protocols sanitaris pel virus Sars-CoV-2 en un hospital de Còrdova, Argentina, es van generar situacions clínico-socials al voltant del “morir en pandèmia” definides per membres de l'equip de salut com a morts sense cos, productes d'un escenari complex on familiars i familiars no posseïen instàncies de trobada amb el cos del mort, tot i que aquest no havia mort per COVID-19. Aquest fet es va constituir com una situació dilemàtica, ja que davant l'absència del cos resultaven impossibles els rituals de comiat habituals a la institució, generant duels inconclusos. Així mateix, el dilema se succeïa al moment d'aplicar obligatòriament el protocol a pacients la mort dels quals no estava vinculada al COVID-19. Per reduir l'impacte ocasionat per aquestes morts sense cos, es van generar estratègies d'intervenció col·laboratives, com a part d'una bioètica d'intervenció, per cercar alternatives possibles de ser implementades a la institució. Indagarem aleshores al voltant dels sentits de la mort i els diversos dilemes que es van suscitar a partir dels protocols disposats per les entitats sanitàries, com també la manera com es va derivar en l'elaboració col·laborativa d'una sèrie de guies que poguessin ser instrumentades per acompanyar en aquests primers instants del dol.

Paraules clau: hospital; protocol; mort; bioètica; intervenció; dol.

Abstract

As a result of the implementation of health protocols due to the Sars-CoV-2 virus in a hospital in Córdoba, Argentina, clinical-social situations were generated around “dying in a pandemic” defined by members of the health team as deaths without a body, product of a complex scenario where relatives and friends did not have instances of encountering the body of the deceased, even though the person had not died from COVID-19. This fact constituted a dilemmatic situation, since in the absence of the body, the usual farewell rituals in the institution were impossible, generating unfinished mourning. Likewise, the dilemma arose when the protocol was compulsorily applied to patients whose death was not linked to COVID-19. To reduce the impact caused by these deaths without a body, collaborative intervention strategies were generated, as part of a bioethics of intervention, in order to search for possible alternatives to be implemented in the institution. We will then investigate the meanings of death and the various dilemmas that arose from the protocols established by health entities, as well as the way in which it resulted in the collaborative development of a series of guides that could be implemented to accompany in those first moments of grief.

Keywords: hospital; protocol; death; bioethics; intervention; grief.

1. Introducción

En el presente trabajo, cuyo origen fue la implementación de protocolos sanitarios por la presencia del virus Sars-CoV-2 (COVID-19) en un hospital municipal de Córdoba¹ Argentina, indagaré en torno a diversas situaciones tanto clínicas, como sociales y bioéticas en torno a lo que significó en dicho nosocomio el “morir en pandemia”², cuyas reflexiones han implicado necesariamente una distancia temporal. Dichas *muertes pandémicas* fueron así definidas por miembros del equipo de salud³, en términos nativos, como *muertes sin cuerpo*, significando con ello a aquellas muertes producidas en y mediante un escenario complejo donde tanto familiares como allegados se encontraban imposibilitados por las disposiciones sanitarias vigentes, de sostener instancias de encuentro con el moribundo o con el cuerpo del/a fallecido/a, aun cuando clínicamente la causa de muerte no había sido el COVID-19.

Este hecho se constituyó como una situación atípica y dilemática en el hospital, ya que ante la ausencia del cuerpo resultaba imposible que los familiares/allegados pudieran realizar los rituales de despedida habituales en la institución, configurándose de esa manera, según plantea el personal de salud del nosocomio, una seguidilla de *duelos inconclusos*.

Asimismo, el dilema no solo pragmático sino también ético, se hacía presente al momento de aplicar obligatoriamente el protocolo a pacientes cuyo deceso no estaba vinculado al COVID-19⁴. Por un lado, este dilema implicaba la necesidad de cumplimentar con la totalidad de los protocolos sanitarios en pos de salvaguardar la salud pública y colectiva, respetando las normativas nacionales, provinciales y municipales vigentes. Por otro lado, el interrogante se construía en torno a cómo aplicar estos ‘dispositivos’⁵ en un hospital que había sido declarado

¹Por cuestiones metodológicas y éticas propias de la perspectiva etnográfica, el nombre de la institución permanecerá en el anonimato.

² Como clave de lectura, las palabras que aparezcan en itálicas harán referencia a términos nativos, mientras que aquellas que se encuentren con doble encomillado serán expresiones coloquiales utilizadas por las autoras, y el entrecomillado sencillo será para términos teóricos y o técnicos.

³ El personal de salud que conforma los equipos de salud que se desempeñan en el hospital, la mayoría de las veces están conformados por enfermeros/as, médicos/as, trabajadoras sociales, psicólogas, psiquiatras, traumatólogos/as, médicos/as intensivistas. Asimismo, dicho hospital cuenta con un comité de bioética, un actor dentro de la trama institucional que como mostraré luego también genera una presencia particular al momento de gestionar ciertas temáticas clínicas que sugieren componentes bioéticos para su análisis, como lo son las situaciones de muerte al interior del nosocomio.

⁴ El protocolo al cual refiero es el Protocolo de Manejo de óbitos - Aprobado por Resolución del Ministerio de Salud N° 0383/2020 (30/03/2020). Este protocolo tuvo una actualización por el C.O.E. el día 18/04/2020, sobre el que haré referencia en detalle en próximos apartados.

⁵ Dicha noción refiere a un “complejo haz de relaciones entre instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos, sociales, técnicos y tipos de clasificación de sujetos, objetos y relaciones entre estos, un juego de relaciones discursivas y no discursivas, de visibilidad y de invisibilidad, de regularidades que rigen una dispersión cuyo soporte son prácticas. Por eso no es exacto decir que los dispositivos «capturan» individuos en su red, sino que producen sujetos que como tal quedan sujetos a

como *hospital no COVID*⁶, donde la muerte es una constante, producto del mismo perfil hospitalario⁷, pero donde ninguna era producto del COVID.

Estas características, agravadas tanto en la situación de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) y de Distanciamiento Social Preventivo Obligatorio (DISPO), confluyeron en una interrupción de los procesos rituales habituales de despedidas y duelos del sector mayoritario de la población que ingresa a dicho hospital.

Asimismo, tanto las condiciones de posibilidad -derivadas del protocolo oficial- como las condiciones materiales concretas que se vivían en lo cotidiano, dieron como resultante diversas situaciones intra-hospitalarias poco habituales para los y las trabajadoras del espacio, generando una modificación al interno de los universos cotidianos y de acción.

Dichas situaciones referían la mayoría de las veces a que la intimidad con familiares y pacientes se tornó difícil de lograr, como también que los espacios para resguardar el impacto del *trauma en el cuerpo*⁸ se tornaron escasos e insuficientes, no habiendo lugares de resguardo de las personas traumatizadas, generando escenas con personas mutiladas, golpeadas, como parte de la *crudeza* –en los términos utilizados por los equipos de salud del nosocomio- acrecentada con las condiciones de aislamiento social.

Dadas estas circunstancias, el personal de salud comenzó a registrar una cadena de situaciones y de prácticas que ellos/as mismos/as refirieron como de *violencias* y de *vulnerabilidades* que impactaron de un modo u otro en todos los actores sociales implicados en la vida cotidiana del hospital. Esas observaciones realizadas por los equipos de salud, en un primer momento intuitivas, luego dieron paso a una serie de discusiones ya del orden de lo reflexivo y analítico. El personal de salud comenzó a configurar en las “charlas de pasillo”, la existencia de una *víctima primaria*, conformada por “el paciente”, una *víctima secundaria*, la familia o al entorno más allegado al/la paciente, y una *víctima terciaria* “hecha cuerpo” en los miembros del equipo de salud. Este proceso derivó en la elaboración de las Guías objeto de análisis de este trabajo.

Con el objetivo de reducir el impacto ocasionado a familiares y allegados por estas *muertes sin cuerpo*, es que en el hospital se generaron diversas estrategias de intervención

determinados efectos de saber/poder” (García Fanlo, 2011, p.3)

⁶ El ser declarado como “hospital no COVID” implicaba, por un lado, que en dicho hospital no se atendían patologías causadas por dicha enfermedad, lo que consideraba a su vez que las muertes allí ocurridas no eran producto de dicha patología.

⁷ Su perfil es el de un hospital de agudos, pacientes traumatizados producto de accidentes o situaciones violentas y de gravedad.

⁸ Miembros del equipo de salud señalaban que el desborde de la violencia en épocas de pandemia fue tal, que los espacios destinados a resguardar a las personas lesionadas se vieron rápidamente colapsados, refiriendo inclusive a la presencia de camillas en los pasillos. La noción de trauma en el hospital denomina a toda lesión que sufre el cuerpo, ya sea por heridas de arma de fuego, heridas de arma blanca, politraumatismos por accidentes viales, etc.

transdisciplinarias y colaborativas en pos de buscar alternativas posibles de ser implementadas en la institución, sin con ello poner en cuestión ninguna práctica sanitaria destinada al cuidado de la salud de la población, ni pretendiendo atentar contra las normativas sanitarias vigentes en aquel entonces, a nivel municipal⁹. Sobre estas estrategias, es que se resuelve la elaboración de las Guías para el acompañamiento en el final de la vida y para garantizar la *muerte digna*¹⁰, no solo con el fin de asumir los derechos del paciente¹¹, sino también, de la familia.

En este trabajo indagaré entonces en torno a los distintos sentidos de la muerte y los diversos dilemas que se fueron suscitando en el hospital a partir de la implementación de los protocolos dispuestos por las entidades sanitarias de orden nacional, provincial y municipal, como también el modo en que la misma situación sanitaria al interno del nosocomio derivó en la elaboración colaborativa e interdisciplinaria (familiares, pacientes y equipos de salud) de una serie de Guías que pudieran ser instrumentadas a los fines de intentar acompañar en esos primeros instantes de la despedida y el duelo, sin perjuicio de la salud individual y colectiva. Ello, como un modo de práctica y ejercicio de una bioética latinoamericana¹² y de intervención (Garrafa, 2020; Tealdi *et al*, 2008). Por más que este evento haya sucedido ya hace unos años, estas *guías* permitieron en la actualidad generar nuevas formas protocolares en las instancias de acompañamiento al final de la vida en dicho nosocomio, atendiendo al respeto por la dignidad y los derechos del paciente.

⁹ Esta aclaración no es menor, dado que en el registro de campo y en las charlas informales en relación a los debates y discusiones internas en el hospital en relación a la validez o no de las guías elaboradas –y su posible implementación- de manera constante se refería a la necesidad de no ir contra las normas ni generar contravenciones en torno a los protocolos de acción sanitaria vigentes.

¹⁰ En relación a la muerte digna, nos encontramos frente a una denominación de uso corriente que presenta una serie de imprecisiones involuntarias, ya que la muerte, en sí misma no implica un a priori axiológico y moral, no es digna o indigna, sino que, en todo caso, lo digno o indigno, referirá exclusivamente a la forma de morir. De allí que lo correcto sea hablar del derecho a morir dignamente, o a morir con dignidad.

¹¹ Congreso de la República Argentina (2009). Ley26742/2012 .. Buenos Aires: Congreso de la República Argentina.

¹² En 1990 con el proceso de globalización en los países llamados “periféricos”, en América Latina comenzaron a surgir nuevos temas de preocupación ética con un abanico más amplio que aquel al que se circunscribía la bioética principalista. Aparece en escena una bioética arraigada en las nociones de justicia social y equidad, como condiciones a ser atendidas en los países latinoamericanos incluyendo al derecho a la salud, al acceso a cuidados y tratamientos médicos y clínicos de calidad, a los derechos económicos y sociales, enarbolando la eliminación de la pobreza o la exclusión. Desde estos marcos de pensamiento, se comienza a trabajar en una definición amplia de bioética como práctica multidisciplinaria y pluralista que logre ubicar en un mismo nivel a la justicia y la responsabilidad social en términos de salud y bienestar colectivo, como así también abordar el cuidado y la preservación del medio ambiente y de la diversidad cultural.

2. En la entrada

Siendo la hora del ingreso, afuera del hospital hace frío. La entrada configura un paisaje con una gran cantidad de autos en un predio sin techar, que oficia de estacionamiento. En ese escenario se destaca el ir y venir de las ambulancias del 107 -Servicio de emergencia municipal- hasta formar una fila en las puertas de la guardia.

La particularidad que define su perfil es la de tratarse de un hospital de *agudos/as*, que refiere a personas que ingresan por sufrir algún evento *traumático* -heridas de arma blanca, de arma de fuego, accidentes viales, intentos de suicidio, violencias, etc.-, situaciones que requieren de una rápida intervención por parte de los equipos de salud, dada la *urgencia*¹³ por el riesgo de pérdida de vida o de secuelas irreversibles.

Esta descripción bien podría caracterizar al hospital pre y postpandemia. Si durante 2020 y 2021 hiciera un paneo sobre este espacio, podría ver algunas particularidades que dieron cuenta de cómo las rutinas habituales del hospital se vieron modificadas.

Por empezar, la variación en la demarcación entre el adentro y el afuera. En pandemia, las tres puertas de ingreso fueron modificadas, ya que éste fue limitado a fines de evitar cualquier posibilidad de contagio. Se instaló una valla en el único ingreso habilitado al público con el objetivo de controlar y poder aplicar las medidas de bioseguridad solicitadas por el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de la Provincia de Córdoba. Así, la valla actuaba como una primera zona fronteriza en la que se impedía el ingreso de cualquier persona ajena a la institución que no contara en su haber con los permisos necesarios para el ingreso.

Se daba en estos primeros momentos una situación de espera -una temporalidad laxa- de los y las familiares que aguardaban alguna noticia “tras la valla”. Ese “tras la valla” se constituyó como un espacio en los márgenes, en los términos de Das y Poole (2008), un margen “por fuera de” pero a su vez constitutivo y necesario para el funcionamiento del lugar.

Al ocurrir en este espacio, se veían involucrados/as integrantes del personal de seguridad, quienes, dadas sus funciones específicas, no habían sido antes partícipes en las instancias de contención/comunicación con los/as familiares de las personas que ingresaban con alguna situación de trauma específica. No obstante, dadas las circunstancias a las que se vieron llevados, producto de los protocolos implementados, los/as mismos/as guardias generaron sus propias líneas de acción.

¹³ En torno a la complejidad de la noción de *urgencia* en un hospital que lleva dicho término en su nombre, sugiero consultar el trabajo analítico y etnográfico realizado en Rios (2015).

Este protocolo “auto gestionado” constaba de una serie de pasos que respondían a una sucesión de momentos: En primer lugar, se tornaba prioritario ubicar dentro del grupo que estaba esperando, a quien pareciera verse como más *íntegro emocionalmente* -en términos nativos-. Una vez “ubicada” esta persona, lo/a llaman aparte y lo/a acompañan al interior del hospital por la rampa de ingreso. Del mismo modo, intentan identificar a quienes se ven como *más afectados/as* dentro del grupo y le acercan vasos con agua, caramelos, y en caso de ser posible, un *banquito* o silla de plástico. Finalmente, “contienen” al resto de los familiares durante la espera, recordando que al interior del hospital los médicos hacen lo posible para darles precisiones lo antes que puedan.

Pero...en el mientras tanto... ¿Qué eventos se sucedían en el interior del Hospital?

3. Al interior del hospital: Un adentro intenso e intensivo

Tal como me señalaban distintos miembros del equipo de salud en nuestras “charlas de pasillo” (Fasano 2006) ¹⁴ éstos/as observaban que las situaciones de violencia de género, doméstica, ciudadana, habían ido en aumento en los meses de ASPO y DISPO.

Asimismo, referían a que estábamos ante la presencia de *otra pandemia en la sombra*: la violencia. Esta afirmación realizada por los/as entrevistados/as, implicaba considerar que los/as pacientes asistidos durante el 2020 y a comienzos del 2021 manifestaron de hecho, por ejemplo, haber aumentado el consumo de sustancias como la marihuana, cocaína o heroína, o en su defecto, presentaban síntomas de abstinencia cuando el acceso a dichos químicos se vio dificultado por las disposiciones de aislamiento y no circulación.

En cuanto a los casos de violencia asistidos en el hospital, tal como me comentaron los integrantes del Comité de Bioética de la institución en diversas entrevistas realizadas a lo largo del 2020 y comienzos del 2021, se detectaron situaciones que presentaron una mayor alevosía, como también se constataron una mayor cantidad de casos de personas adultas mayores –de 60 años en adelante- con lesiones grave y politraumatismos –golpes varios en el cuerpo-. Estas personas, que en muchos casos corresponden a personas en *situación de calle* o que viven con muy

¹⁴ Cuando hago mención a las “charlas de pasillo”, lo considero otra fuente de información en el trabajo de campo, siendo el momento en donde por ausencia de grabador y por no estar en “situación de entrevista”, las charlas eran más fluidas y los comentarios más distendidos, posibilitándome adentrarme en las “internas” del hospital, las alianzas, las peleas, las disputas de poder, etc. Remito aquí al trabajo realizado por Fasano (2006) donde en el estudio que realiza sobre el chisme, amén de que su universo de referencia es distinto al presentado en esta pesquisa, deja al descubierto cómo a través de esa forma de narración oral se reconstruyen dinámicas de grupos y facciones en particular. Aquí utilizo la expresión “charlas de pasillo” en ese sentido.

bajos recursos- declaraban al momento del ingreso haber sufrido procesos de violencia estructural y sostenida en el tiempo, al interior del núcleo familiar –y en muchos casos, al interior del núcleo de convivencia- pero que en el marco del aislamiento, los estallidos de agresividad se produjeron con mayor recurrencia y con mayor *intensidad* –agresividad-, al punto de derivar en el llamado de los vecinos a la policía que finalmente interviene y los traslada al hospital “*El silencio de la pandemia contribuye a que se escuchen más los gritos de la violencia*”, refería una de las miembros del Comité.

Es interesante notar cómo operan en estas situaciones dos facetas, una de ocultamiento y otra de visibilidad. Por un lado y en relación a la primera, me encuentro con las menciones recurrentes por parte de los miembros del equipo de salud, en torno a sostener que la violencia en 2020 y 2021 pasó a un segundo plano, quedando invisibilizada, frente a la pandemia del COVID. Casi en las antípodas, encuentro los comentarios de los miembros del Comité, quienes señalan que la violencia doméstica de la que se da cuenta en el hospital, ha sido ahora mayormente registrada, socorrida y denunciada por los vecinos que irrumpen en el momento de la agresividad, a través del llamado a las fuerzas de seguridad.

No es un dato menor señalar que aquellos/as que ingresaron como pacientes al hospital durante la pandemia han registrado cambios en su situación laboral, económica, vincular y afectiva, obligados/as entonces a permanecer en sus casas. Este punto no es menor atendiendo que un concepto de salud integral refiere al funcionamiento armónico de esos elementos, lo cual no fue el caso en las situaciones cotidianas acontecidas a gran parte de la ciudadanía en el periodo pandémico.

Ahora bien, ¿Qué sucedía cuando a raíz de estas condiciones nos encontramos con pacientes que se encuentran prontos a morir? ¿Cómo se vivieron estas muertes en el hospital a partir de los protocolos vigentes para entonces?

4. Protocolizar la muerte, protocolizar el duelo

Las primeras líneas que encuentro al leer el *Protocolo de manejo de óbitos – COVID 19*¹⁵- Aprobado por Resolución M.S. N° 0383/2020 (30/03/2020) y actualizado por el COE el 18 de abril de 2020, señalan que

¹⁵ Protocolo de manejo de óbitos – COVID 19- Aprobado por Resolución M.S. N° 0383/2020 (30/03/2020) Actualización por C.O.E. fecha 18/04/2020.

Si bien no existe evidencia sólida hasta la fecha de riesgo de infección a partir de cadáveres de personas que hubieran contraído COVID-19, de acuerdo con lo observado para otros virus respiratorios y recomendaciones de organismos internacionales, al considerarse un riesgo de infección para las personas que los manipulen, la indicación preferente para estos casos es la cremación. (Protocolo, 2020, p.1)

Acto seguido, el documento presenta una serie de ítems dentro de los cuales se destacan las *Cuestiones preliminares*, que es en donde se explicitan los alcances de dicho protocolo, y en donde se especifica que “No es recomendable el acceso de familiares y/o allegados al cuerpo de la persona fallecida, a los fines de evitar la propagación de la enfermedad.” Este punto no es menor, dado que, en los hechos, la recomendación se convirtió en una obligación –al menos en la práctica- en todas las instituciones hospitalarias de la ciudad de Córdoba y del país.¹⁶

Un segundo ítem refiere a la *Preparación del cadáver*, para lo cual se especifican en distintos puntos, los modos de proceder en las diferentes instancias a cumplir en caso de que el fallecimiento se dé dentro del establecimiento asistencial (hospital, dispensario o cualquier otro centro de salud), o bien, que sea un fallecimiento *extra-hospitalario*, o finalmente, que la muerte suceda durante el traslado en ambulancia.

Continuando con una mención rápida sobre los apartados del *Protocolo*, encontramos párrafos referidos y titulados: *Destino final del cadáver*, en el que se enumeran los procedimientos a realizar en el caso de personas fallecidas no identificadas (NN), como así también una serie de fichas y formularios a completar similares a los *protocolos de autopsia*¹⁷. Finalmente encuentro allí un apartado sobre el *Destino final del material utilizado en el tratamiento del óbito* y luego un formulario que oficia como un *Registro único de óbitos COVID 19*.

En uno de los últimos apartados, me encuentro la *Comunicación con los familiares*, donde se expresa lo siguiente:

El Nosocomio o institución de salud (pública o privada), Geriátrico, Residencia o institución que aloja a la persona fuera del ámbito familiar y/o policía de la provincia, según el caso, se comunicarán con los familiares de la persona fallecida, a los efectos de

¹⁶ Vale en este punto aclarar que la intención aquí no es emitir ningún juicio de valor sobre la obligatoriedad de este protocolo de alcance nacional, dejando en claro la necesidad del cuidado de la salud colectiva. Solamente se describe en estas páginas una cuestión de hecho.

¹⁷ Estos protocolos refieren en líneas generales a un conjunto de reglas y/o normativas condensadas en distintos documentos burocráticos-administrativos con la finalidad de ejecutar atendiendo a parámetros establecidos en convención –y dejar un registro de ello- el estudio y examen de órganos, tejidos y huesos pertenecientes a un cadáver con el fin de identificar su causa de muerte y que remiten en su escritura a la identidad de la víctima, por lo que esto conlleva e implica necesariamente una serie de documentos –y por ende, de personas con distintas posiciones en diversas instituciones estatales-.

comunicar el deceso y alcances del presente protocolo. Asimismo, deberán comunicar de manera inmediata dicha información al Registro Único de óbitos COVID19. (Protocolo, 2020, p.7)

Lo interesante a destacar allí, es que, en los términos señalados por los miembros del equipo de salud del hospital, en el protocolo oficial implementado no se *humaniza*, es decir, no se contemplaba ningún tipo de ritual vinculado al proceso de muerte y duelo, sino que por el contrario, el foco se ubicó en la construcción homogénea de procedimientos vinculados al final de la vida que detentaran un carácter burocrático y administrativo vinculado al manejo y tratamiento del cadáver en calidad de *resto*, de pura *materialidad* (Uzal, 2012).

Este punto no es menor dado que el hospital posee una particular trayectoria en pos de trabajar, desde sus equipos de salud en general, y desde su Comité de Bioética¹⁸ en particular, en torno a difundir y concientizar sobre los derechos del paciente, al punto de que, en el año 2012, fue el primer hospital de Córdoba en generar un protocolo en torno a la adecuación del esfuerzo terapéutico a partir de la sanción de la ley conocida comúnmente por la ciudadanía como la “Ley de Muerte Digna”¹⁹. Dicho protocolo intrahospitalario acabó volviéndose un libro de difusión masiva para la sociedad cordobesa²⁰.

5. Breves notas sobre la muerte y algunas consideraciones sobre el morir en el hospital

Ya sabido es que la muerte, sus sentidos, las prácticas sociales y culturales asociadas a ellos, en definitiva, los “modos del morir”, van variando a través de las coordenadas espacio-temporales donde se sucedan. En esa tónica, antes de adentrarme en los sentidos y las prácticas en torno a la muerte con los que se convive en un hospital con el perfil sanitario que posee el hospital, me interesa hacer algunas menciones que den cuenta del estado del arte en torno a ciertas perspectivas teóricas sobre la muerte, las cuales no se han quedado atrás en esta multiplicidad,

¹⁸ Dicho Comité ha ido fluctuando a lo largo de los años tanto en su composición, como en sus métodos de trabajo. Actualmente, es un comité consultivo, no vinculante, que trabaja a partir de diversos dilemas bioéticos que suceden en las instituciones sanitarias de órbita municipal. Sus reuniones se realizan de manera semanal en la planta baja del hospital, y está conformado por tres trabajadoras sociales, un médico neuro-cirujano, dos odontólogas, una enfermera, una ginecóloga y una psicóloga.

¹⁹ La conocida por la ciudadanía como “Ley de Muerte Digna”, nro10058 fue reglamentada en Córdoba recién en noviembre del 2014, siendo que ya había sido promulgada a nivel nacional en 2012 (Ley 26742). Al respecto, vale aclarar que en el año 2009 se creó la ley 26529, la cual nunca fue reglamentada ni entró en vigor y que luego fue modificada por la Ley 26742/2012, que es la Ley de los Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, conocida popularmente como la “Ley de Muerte Digna”.

²⁰ Soriano, Carlos y otros, Muerte Digna. Guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico, Editorial El emporio, Córdoba, Argentina, 2012

siendo la producción ya clásica de Elias (1983) la que dará un puntapié para iniciar este camino analítico.

En *La soledad de los moribundos* (1983), Elias afirma que solamente para los seres humanos la muerte constituye un problema –desde el instante en que el temor es construido socialmente y que las personas poseen la certeza de que la propia muerte es un hecho inevitable- y que, con el paso del tiempo, la muerte se ha convertido en una ‘muerte acética’, “censurada socialmente” (Elias, 1983, p.10). Asimismo, sostiene que hubo en el último siglo –hablando en el siglo XX- un notable aumento en aquello que él identifica y/o define como “*nuestra capacidad de identificación*” con otros seres humanos, una mayor empatía y compasión con sus sufrimientos y sus muertes.

No obstante, a pesar de este supuesto aumento de empatía respecto al sufrimiento ajeno, éste no sería condición necesaria ni suficiente para aseverar que existe una suerte de “real conciencia” en el identificarse/me con el hecho -en potencia- de ser esa persona que puede o está por morir. Mi propia posibilidad de muerte seguirá siendo percibida, siguiendo el análisis de Elías, como algo que me continúa resultando extraño y ajeno. En ese punto es cuando se produce una inflexión, allí es cuando la muerte comienza a constituirse como un ‘problema social’.

En la actualidad, considerando la modernidad occidental, la muerte no sólo remite a cementerios o casas velatorias, sino también a las instituciones hospitalarias donde los modos de morir adquieren también sus propias peculiaridades. En relación a los hospitales, Elías mencionaba que tales instituciones se configurarían casi por excelencia como aquellos escenarios donde comenzaría a sucederse el final de la vida, por lo que se institucionalizaría de manera recurrente y evidente cierto “ocultamiento” de las emociones anteriormente externalizadas vinculadas a la defunción (Elias,1983).

Siguiendo esta línea, Aries (2008) relataba un estudio realizado en seis hospitales de San Francisco, referido a cómo reaccionaba ante la muerte el grupo constituido por el enfermo, los familiares y el equipo médico. En dicho estudio, cobraba particular presencia un tipo de poder en la institución: el poder médico. Al respecto, Aries planteaba que

Sin duda estos problemas se le plantean a cada familia moderna, pero en el espacio hospitalario interviene un nuevo poder, el poder médico. Ahora bien, se muere cada vez menos en la casa y cada vez más en el hospital. Éste se ha convertido en el espacio de la muerte moderna (2008, p.210)

Por su parte, Thomas (1993) suma al análisis la relación entre la muerte y elementos demográficos. Así, la ‘muerte desplazada’, refiere a que en las sociedades contemporáneas las personas se mueren más allá en el tiempo -más ancianas- y más allá en el espacio -si hablamos de los países ricos, las personas ya no mueren en sus casas, sino que lo hacen en los asilos, hogares

de anciano, o directamente en instituciones hospitalarias- (1993, p.160). La noción de ‘muerte desplazada’ pone sobre el tapete elementos demográficos que distinguen al mundo de hoy: la baja tasa de mortalidad; el desplazamiento cualitativo de ésta; el aumento en la esperanza de vida; el mantenimiento de la desigualdad ante la muerte; y el envejecimiento de la población (Thomas, 1993). Más cerca ya en el tiempo y en el espacio, y pandemia mediante, las modificaciones de las condiciones en ese listado fueron generando distintas respuestas sanitarias a raíz de las elevadas tasas de mortalidad del virus, el cual también afectaba a personas de todas las franjas etarias.

La asociación del hospital con la muerte se volvió con el paso del tiempo en una relación constitutiva de la institución, por diversos motivos. Podría considerar en esa historización el lugar que dicho hospital tuvo durante la última dictadura cívico-militar argentina. Entre los años 76 y 83, esta institución fue clave como parte del circuito en el que eran llevados para ser atendidos- inclusive en la clandestinidad- los presos políticos de la época, como también es un nosocomio que cuenta en sus nóminas con personal desaparecido, secuestrado inclusive en la misma institución. Al respecto, es de considerar el aporte realizado por Regueiro (2013) en torno a las tramas burocráticas en la administración hospitalaria, donde las prácticas propias del CCD -el silencio, la amenaza, el ocultamiento de la identidad y la ilegalidad de los procedimientos- como también la a veces doble función de los directores de los hospitales, fueron volviendo a los espacios hospitalarios como enclaves necesarios en el proyecto montado durante la última dictadura militar argentina.

Podría sumar también a la configuración de esa relación el hecho de que, dado su perfil hospitalario sumado a su carácter público y estatal, a sus instalaciones llegan los casos más rimbombantes para la prensa cordobesa. De ese modo, las historias más cruentas se van tejiendo en las puertas del hospital y se van colando en el imaginario de la población.

6. El “morir en pandemia”. Las muertes en el hospital, la antesala de las Guías

Atendiendo a las referencias que me fueron manifestando los profesionales que componen los equipos de salud, encargados de las elaboraciones de las *guías* objeto de este análisis²¹, la muerte

²¹ Para la realización del registro para la elaboración de las guías, entrevisté a diferentes integrantes tanto de los equipos de salud en particular, como a trabajadores y trabajadoras del hospital en general, entrevistando a personas de seguridad, limpieza, pacientes, familiares y miembros de la Red Municipal de Bioética, que tiene sus reuniones en el hospital y cuyos miembros en parte son trabajadores de dicho nosocomio.

en el hospital se continúa viviendo como un tema tabú para los pacientes, para sus familiares, para el equipo de salud y para la sociedad en su conjunto.

Sin embargo, las circunstancias en torno al aumento de los decesos que se dieron durante la pandemia, y el modo en que éstos debían ‘gestionarse’ al interior del cotidiano hospitalario, condujo al equipo a reflexionar detenidamente sobre ella, a la par de exigir que fueran consideradas al momento de “protocolizar la muerte”, nociones tales como las de *dignidad, persona y humanidad*.

Los miembros de los equipos de salud entrevistados compartían que la posibilidad de *cotidianizar la muerte* para los equipos del HMU, no implicaba un intento de minimizar la situación del dolor, sino más bien, lograr una mirada *humanizante* que posibilitara dejar de considerarla como “una extraña”, de manera tal de poder abordarla de un modo que resultara menos nocivo, necesario no sólo para el familiar que la experimenta a través de un/a otro/a cercano/a, sino también para el personal de salud.

La figura de la *muerte sin cuerpo* configurada por los equipos de salud, surge en un escenario donde paciente y familiar se encuentran ante un régimen de visitas restringidas, en condiciones de aislamiento, sin posibilidad de contacto. Es, en términos de lo planteado por el equipo de salud, *un cuerpo que no aparece*, que se oculta y, por ende, no está presente en su materialidad como vehículo y objeto de los rituales de despedida, necesarios para la elaboración del duelo. La muerte es certera, pero la muerte del cuerpo no visto, no acompañado, reviste otro carácter. Si el duelo se presenta como cierre, como clausura, la no presencia del cuerpo, no permite clausura ni proceso de duelo alguno, generando inclusive lo que ellos/as –el personal de salud- denominaban como *duelos inconclusos*.

En este sentido, Gatti (2006) refiere que el ‘cuerpo ausente’ representa una imposibilidad del duelo, pensando también en los aportes de Da Silva Catela (2017), ya que, salvando las distancias entre campos y contextos históricos, sus preguntas resuenan también para pensar en los alcances de la materialidad en los procesos de la despedida final: “¿Cómo se transita el duelo cuando no hay cuerpo? ¿Qué elementos se pueden distinguir en los procesos donde la muerte debe ser imaginada?” (Da Silva Catela, 2017, p. 47).

En el caso de las muertes que se producen en este hospital, la velocidad, las condiciones que provoca el trauma, marcan otro ritmo en los actores de este proceso. En el contexto de pandemia, estos pacientes que sufrieron un evento traumático, vivenciaron a su vez los efectos potencializados producto del aislamiento social, el cual a su vez tenía su razón de ser a partir del cuidado colectivo de la salud de la población. Por esta razón, desde el Comité de Bioética del hospital, se fueron realizando con el paso de las semanas entrevistas a distintos actores que

habitaban la cotidianidad del hospital, para conocer el estado de situación de lo que estaba pasando al interno de la institución y partiendo de allí, pensar posibles estrategias colaborativas de intervención a partir de los reclamos que llegaban al Comité, en relación a los sucesos que rodeaban los momentos del deceso. Tal como me mencionaba la coordinadora del Comité hospitalario, dicha búsqueda de información *artesanal* fue en pos de que los/las pacientes pudieran recibir un tratamiento adecuado, atendiendo a los cuidados y la dignidad como directrices de las acciones.

En las entrevistas con el equipo de salud y pacientes, surgieron conceptos que definen la internación y la muerte en este ámbito como específicas. Si bien la muerte sucede en cualquier institución hospitalaria en cierto aislamiento, en este hospital el equipo de salud menciona que “*nuestras muertes son traumáticas*”, lo cual llevó a considerar algunos rasgos generales que la muerte por politraumatismo presenta.

En primera instancia, la cuestión de la *temporalidad*. Esto implica que, según las percepciones del equipo de salud, los tiempos que marca la emergencia, la *urgencia*, son diferentes. El tiempo es una variante acotada, las intervenciones profesionales deben adaptarse al mismo, la muerte ocurre en días, horas, segundos. El factor de “lo repentino” es otra característica, repentinamente el evento traumático impacta en el cuerpo del paciente, su psiquis, su economía doméstica, dinámica familiar; de manera disruptiva y ante este nuevo escenario que de mínima se traduce como una desorganización del mundo cotidiano anterior del/a paciente, se comienza con el proceso reconstructivo, en el mejor de los casos, al que debe acceder en la soledad de una habitación.

Otra cuestión a atender en relación a los decesos que se producen en el hospital, refiere a la *edad*. En la mayoría de los casos, las edades de los pacientes también son otro factor de impacto, la mayoría de ellos/as son personas jóvenes -menores de 40 años- que se encontraban en pleno proyecto de vida.

Finalmente, las distintas situaciones de *violencia* que circundan a los ingresos al hospital – ya sea por la violencia que las produce o por la violencia que implica el trauma como evento disruptivo- propiciaron la búsqueda de “camino alternativo” a los protocolos establecidos, con el cuidado necesario de no infringir ningún marco legal vigente, a los fines de poder dar respuesta a las diversas situaciones dadas por las particularidades del perfil hospitalario (vale recordar aquí, ya que es un punto central, que no es un hospital que recibiera pacientes con COVID-19).

Estas características, agravadas en situación de ASPO, que marcaron la experiencia de la enfermedad y la muerte en el hospital, generaron que los duelos no sigan un proceso habitual para esa institución. Aquí es donde se comienza a trabajar sobre *Las Guías para acompañamiento de*

*Pacientes Internados durante el transcurso de su Problema de Salud y en caso de Muerte (2020)*²², a los fines de asumir los derechos del paciente²³, como de considerar las necesidades de la familia y los/as allegados/as. Algo que desde el mismo comité de bioética del hospital denominan como una *bioética artesanal*, aquella que se construye sobre los lineamientos de una bioética latinoamericana y de intervención (Garrafa, 2020, Tealdi et al, 2008) pero atendiendo a las condiciones locales y contextuales propias de los espacios donde dicha bioética se ejerce y se practica.

7. Las Guías para acompañamiento de Pacientes Internados durante el transcurso de su Problema de Salud y en caso de Muerte

A mediados de julio de 2020, cuando los ingresos al hospital estaban en “su punto máximo”, surgió primero la necesidad y luego la idea de darle un marco normativo a la situación de “muerte en pandemia” al interior del hospital. A partir de las entrevistas que el Comité había llevado a cabo en la institución, más las conversaciones que se fueron tramando al interior del espacio, se propuso elaborar una suerte de protocolo que permitiera, sin salirse de la normativa general, ciertas instancias cuidadas en caso del pronto e inminente deceso de “personas no-COVID”. Allí surge la propuesta de la elaboración de las *Guías*.

Las entrevistas se realizaron desde el Comité a mitad del 2020 al personal del hospital, pacientes y familiares, e inclusive se sostuvieron charlas con el personal de seguridad y de limpieza, quienes se encontraban con los/as pacientes en los pasillos y quienes a su vez referían sentirse *afectados* por estar tan cerca de ese *dolor*.

Las entrevistas se realizaron en el Comité a los fines de conocer cómo era vivenciada la muerte y el duelo en la institución, y que “sentires” se desprendían de esas situaciones. A partir de esas conversaciones, se trabajó en la sistematización de esos datos en la conformación de un espacio que contaba con representantes de equipos de salud, de los pacientes y del Comité de bioética hospitalario. Las reuniones eran semanales y se trabajaba en paralelo mediante medios virtuales.

El primer punto que aparecía en las entrevistas, era que los/as muertos/as del hospital no eran pacientes COVID, pero debían ser tratados con el mismo protocolo, considerando que

²² Guías para acompañamiento de Pacientes Internados durante el transcurso de su Problema de Salud y en caso de Muerte, en el contexto de Pandemia por COVID 19. 2020.

²³ Congreso de la República Argentina (2009). Ley 26742. Sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Buenos Aires: Congreso de la República Argentina.

adentro de la institución, aunque no era un “hospital COVID” se había conformado a su vez un comité COVID, una especie de comité de emergencia, lo cual no fue menor dado que allí se manifestaron ciertas resistencias para la implementación de las *Guías*. Las principales objeciones del comité COVID implicaban justificar la existencia de un protocolo vigente, de manera general, que no permitía generar instancias de encuentro –aunque no significara un acercamiento físico– entre familiar y paciente. Del mismo modo, las discusiones oscilaban entre dos dimensiones no excluyentes, referidas a la legalidad de las *Guías elaboradas* –o, mejor dicho, que estas *Guías* no atentaran con la legalidad municipal- y a la ética, en cuanto a cómo era mejor proceder y cuál sería el perjuicio menor.

Los miembros del equipo de salud manifestaron que, en un principio, implementaron las guías *a escondidas* o inclusive de *noche*, dada la reticencia del comité COVID a la posibilidad de introducir variaciones en el procedimiento protocolar, aun habiendo constatado con todos los medios de testeo puestos a disposición, que los/las pacientes, familiares y médica/o a cargo no poseían COVID. Manifestaban que parecía que debían *transgredir* reglas en pos de poder *humanizar* ese momento. Con el paso del tiempo, y con muchas conversaciones y discusiones mediante, el comité COVID del hospital aceptó la implementación de las *Guías elaboradas*.

Mediante el uso de estas *Guías* se permitía el acompañamiento a los familiares a que despidieran a su ser querido/a a través de un vidrio, con la distancia aconsejada por el Comité de Emergencia Sanitario, intentando, en palabras de un residente del hospital *rescatar el último contexto de humanidad*.

Considerando las condiciones edilicias y materiales del hospital, los/las médicos/as lograron, a partir de las distintas conversaciones que se fueron dando en la institución al momento de creación de las *Guías*, y en pos de buscar estrategias de intervención colaborativas, ir encontrando espacios algo más adecuados para sostener conversaciones con los/as familiares, mencionando *el pasillo frente a la UTI* (Unidad de Terapia Intensiva). Los mismos miembros de los equipos de salud fueron acondicionando esos espacios para poder brindar las *malas noticias* o dar la información que requería de momentos de intimidad y calma.

En casos de situaciones irreversibles, en las que el paciente se encontraba en estado de mínima conciencia, estado vegetativo permanente, persistente o en estado terminal; se planteó la posibilidad de adecuación del esfuerzo terapéutico como parte constitutiva de estas *Guías*²⁴.

²⁴ Recordemos la impronta que tuvo este hospital en la provincia al momento de insistir sostenidamente por la reglamentación de la Ley de “Muerte Digna”, por lo que esta cuestión se torna un tema recurrente e ineludible en la institución.

Si el paciente se encontraba lúcido, se consideró que se definiera con él las medidas a seguir. Si el paciente se encontraba con un estado de conciencia alterado, se acordó comprobar la existencia o no de Voluntades Anticipadas. En caso de existir, éstas guían las acciones a tomar. Y de no existir en forma escrita, se procedería a consensuar acciones con la familia o allegados considerando el deseo del paciente expresado cuando se encontraba en pleno uso de sus facultades.

Las *Guías* contemplaban también una *fundamentación* y un apartado que refería a las consideraciones en torno a la muerte que se estaban constatando en el hospital, algunas de las cuales ya fueron expresadas en este trabajo. Del mismo modo, plantean distintos escenarios posibles bajo el nombre de *Situaciones* en los cuales se ofrece una breve descripción de las mismas y los pasos a seguir, como también se hace referencia a objetivos que, a diferencia del protocolo oficial, se centran también en los procesos de acompañamiento y duelo. Dichos objetivos específicos refieren lo siguiente.

Garantizar el cuidado y derecho del paciente del acompañamiento en el final de la vida. Garantizar el acompañamiento y/o despedida de los pacientes por parte de dos familiares. Garantizar un espacio de intimidad y resguardo de las familias para informar y dar malas noticias. Garantizar los derechos de los integrantes del Equipo de Salud, generando un espacio propicio para la intimidad que resguarde y contenga al personal. (Guías, 2020, p. 3)

Finalmente, de todo este proceso de trabajo colectivo al interior del hospital, las disputas sostenidas y los acuerdos logrados, conjuntamente a su implementación fueron surgiendo recomendaciones a tener en cuenta.

Por un lado, la relevancia y necesidad de crear espacios –materiales y simbólicos– más íntimos, resguardados, para poder brindar los informes y aquellas *malas noticias* a familiares y allegados. También se planteó la necesidad de modificar el tiempo entre informes brindados a la familia, lo cual contribuiría a calmar la incertidumbre ante la gravedad del paciente o ante la *ausencia* del cuerpo del ser querido. Asimismo, a partir de la implementación de estas *Guías* se propuso generar instancias de capacitación e intervención permanente de bioética clínica y social, lo cual no es un dato menor en esta institución dado que fue la primera en Córdoba con un comité de bioética que en su momento –año 2012– se encargó de generar la primera guía de adecuación de esfuerzos terapéuticos –adecuación conocida como *muerte digna*– puesta a conocimiento de toda la población.

En esta misma línea, se propuso también generar ateneos y capacitaciones abiertas sobre cómo proceder, qué lenguaje utilizar, al momento de tener que transmitir esas *malas noticias* a cargo de equipos interdisciplinarios (salud mental, bioética, enfermeros/as).

Finalmente, la última recomendación obtenida de la implementación de estas *Guías*, se expresó en la recomendación de crear un equipo de soporte emocional y duelo con profesionales capacitados y entrenados en estas situaciones, ya no sólo para los familiares de los/as pacientes, sino también para los propios miembros del equipo de salud, lo cual viene constituyendo un pedido histórico en la institución.

Lo que resulta interesante de este caso presentado etnográficamente en torno a las perspectivas bioéticas actuales, considero que versa en dos cuestiones. En primer lugar, la posibilidad de traducir una perspectiva como la de la bioética latinoamericana en una localía específica como lo fue la Córdoba de la pandemia. En este sentido, las nociones de salud sostenidas desde la institución hospitalaria implicaban también el cuidado de los derechos del paciente, la dignidad, la consideración de las cuestiones contextuales y sociales.

La posibilidad de adoptar una perspectiva que no se restringiera a una bioética principalista sino que considerara las corrientes críticas de la bioética latinoamericana (Tealdi, et al.,2008), permitió configurar una bioética de intervención en los términos de Garrafa (2020), donde la misma implica un intento de búsqueda, inclusive mediante la elaboración de este tipo de proyectos de bioética clínica y social, de respuestas adecuadas atendiendo a la situacionalidad en donde la problemática bioética se expresa, pensando dichos problemas en términos colectivos y en relación concreta con temas bioéticos constatados en los países llamados “en vías de desarrollo”, como lo son nuestros países latinoamericanos y de los cuales forman parte los profesionales de dicho hospital.

La segunda cuestión del orden tanto de lo bioético como de lo filosófico, se desprende de considerar la aplicación de protocolos como el único modo de procedimiento en contextos específicos. Y aquí vale una aclaración. Bajo ningún punto de vista este artículo pretende pronunciarse en contra de los mismos. Por el contrario, la apuesta es de atender a cómo pueden dotarse esos protocolos de dimensiones que contemplen modos más bioéticos -en términos no sólo clínicos, sino también sociales y culturales- de ejercicio del cuidado. En este sentido, las preguntas son ¿qué hacemos desde la bioética, cuando el protocolo es necesario, pero no suficiente? ¿cómo es posible flexibilizar aquello que se torna del orden de lo necesario, sin alentar con ello su desaparición? ¿de qué modo se platea esa conversación? ¿Qué imponderables y que innegociables se configuran en esas discusiones?

8. Consideraciones finales

A lo largo del artículo, puse a disposición elementos que se fueron sucediendo en torno al “morir en pandemia” en un hospital municipal de Córdoba, Argentina.

Los equipos de salud que componen la institución encontraron una categoría que objetivaba las situaciones al interior del hospital, a raíz de la implementación del *Protocolo de manejo de óbitos – COVID 19*, aprobado por Resolución M.S. N° 0383/2020. Dicha noción, *muertes sin cuerpo*, permitió describir prácticas, sentidos y sentires que se estaban sucediendo al interior del hospital.

Las referencias a la imposibilidad del duelo, a las distancias producidas entre el paciente y sus familiares, comenzaron a generar una serie de situaciones de malestar, de *violencia*, según mis interlocutores, que dieron lugar a una serie de interpelaciones en torno a las distintas prácticas generadas a partir de la implementación del protocolo producido en pandemia.

A partir de allí, es que surge la idea de generar protocolos internos, *Guías*, que permitieran, dentro de las normativas nacionales, provinciales y municipales vigentes, propiciar modificaciones posibilitadoras de modos de acompañar el momento del deceso, atendiendo a formas más *dignas* –en función de los términos de los entrevistados- en los procedimientos establecidos, desde la óptica de los equipos de salud del hospital.

En relación a ello, no deja de resultar un dato relevante pensar cómo, a pesar de que las instituciones hospitalarias parecieran responder a una “muerte fría”, la materialidad del cuerpo – y el poder estar, compartir su espacio- sigue siendo nodal en los procesos de elaboración del duelo. Inclusive si se considera que, al momento de entregar el cuerpo a los familiares, esto se produce a cajón cerrado y sin posibilidad en aquel entonces de velatorio y entierro, sino que el destino reglamentado era el de la cremación.

Otro punto a considerar es la capacidad de “agencia” que las y los actores de la comunidad hospitalaria, tanto trabajadores, como miembros del equipo de salud, familiares y allegados, articularon para la elaboración e implementación de estas *Guías*, no sin dificultades, pero propiciando modificaciones en los procedimientos. En esa capacidad de agencia e intervención, es donde, comprendo, puedo identificar un modo posible tanto de ejercicio de la bioética, como de conceptualización. Es decir, la posibilidad de ejercer y de definir a la bioética desde la intervención, desde la crítica, reconociendo a una pluralidad de agentes activos y partícipes en el proceso, donde se tensionan -aunque nunca de manera acabada- modos de interpretación y “traducción” de principios, valores y derechos en marcos locales y contextuales específicos.

Lo que brota al final son interrogantes referidos a una cuestión que aqueja a los equipos de salud en su trato cotidiano con pacientes y familiares: la cuestión de la *dignidad* y la aplicación de

protocolos, necesarios y justificados. Lo que ofrezco a la discusión, lejos ser un juicio de valor sobre lo sucedido en el hospital, constituye un interrogante por la relación entre la dignidad y la aplicación de protocolos ¿la aplicación de protocolos garantiza “muertes dignas”? ¿y “dignas” en qué sentidos? ¿bajo qué condiciones? En el transcurrir de la pandemia, y luego de ella, considero que estos interrogantes adquieren particularmente una potencia analítica, reflexiva y ética que debe ser atendida en detalle.

Aun sin respuestas acabadas, sigo apostando al menos, a generar ideas tentativas, posibilidades colectivas de acción, frente a un debate que ya tiene larga data y que en determinados periodos históricos pareciera de nuevo salir de las sombras, de esas sombras en las que la muerte parece estar al acecho, silenciada, oculta, para nuevamente volver a ocupar, a sus modos y a sus tiempos, el centro de la escena.

Bibliografía

- ◆ Ariès, P. (2008). *Morir en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- ◆ Das, V. & Poole, D. (2008). El Estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Revista Académica de Relaciones Internacionales* N°8, pp. s/d.
- ◆ Da Silva Catela, L. (2017). Imágenes para el duelo: Etnografía sobre el cuidado y las representaciones de la muerte en torno a los desaparecidos en Argentina. *Revista M. 2 (3)*. Pp. 45-64.
- ◆ Elias, N. (1983). *La soledad de los moribundos*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- ◆ Fasano, P. (2006) *De boca en boca. El chisme en la trama social de la pobreza*. Buenos Aires, Editorial Antropofagia y Centro de Antropología Social del IDES.
- ◆ García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agambem. *A Parte Rei. Revista de Filosofía*, 74, pp.1-8 En línea: serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf.
- ◆ Garrafa, V. (2020). Bioética de intervención. *Módulo I. Programa de Educación Permanente en Bioética*. Red Bioética Unesco.
- ◆ Gatti, G. (2006). Las narrativas del detenido-desaparecido (o de los problemas de la representación ante las catástrofes sociales). *CONfines de Relaciones Internacionales y Ciencia Política*, 2 (4). pp.27-38.
- ◆ Regueiro, S. (2013) *Apropiación de niños, familias y justicia*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- ◆ Rios, L. (2015) “La vida y la muerte bordadas en la boca” Indagaciones en torno a una Guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico en la Córdoba del presente. Tesis de Licenciatura. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba.
- ◆ Soriano, C. (2012). *Muerte Digna. Guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico*. Córdoba: Ed. El Emporio.
- ◆ Tealdi, J. C. et al. (2008). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: UNESCO y Universidad Nacional de Colombia.

- ◆ Thomas, L. V. (1993). *Antropología de la muerte*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- ◆ Uzal, L. G. (2012). El cuerpo y lo muerto. El cadáver, la identidad y las intervenciones sobre los cuerpos en la práctica funeraria. Tesis de Licenciatura. Universidad de Buenos Aires.

Documentos

- ◆ Guías para acompañamiento de Pacientes Internados durante el transcurso de su Problema de Salud y en caso de Muerte, en el contexto de Pandemia por COVID 19. 2020.
- ◆ Ley 26742, sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Sancionada el 9 de mayo de 2012 y promulgada el 24 de mayo de 2012. Congreso de la Nación Argentina.
- ◆ Ley N°10058, Declaración de Voluntad anticipada. Muerte digna fue reglamentada en Córdoba en noviembre del 2014.
- ◆ Protocolo de manejo de óbitos – COVID 19- Aprobado por Resolución M.S. N° 0383/2020 (30/03/2020) Actualización por C.O.E. fecha 18/04/2020.

Fecha de recepción: 22 de febrero de 2024

Fecha de aceptación: 30 de julio de 2024

Fecha de publicación: 17 de octubre de 2024