

“NECROMEDICINA”: EL REFLEJO MÉDICO DE LA ESTRUCTURA NECROPOLÍTICA ANTE LA PANDEMIA: UN ANÁLISIS BIOÉTICO

“NECROMEDICINE”: THE MEDICAL REFLECT OF THE NECROPOLITIC STRUCTURE UPON THE PANDEMIC: A BIOETHICAL ANALYSIS

Bianey Gallegos Aguilar

Resumen:

A partir del empleo del prefijo “necro” que implica la valorización de unas vidas como superiores a otras, lo que equivale a posibilitar a una estructura el dar la muerte o dejar morir a unas personas antes que a otras, en el presente trabajo se postula la teoría de la existencia de la “necromedicina”. Aunque la medicina se dedique al cuidado de la vida, está supe- ditada al influjo político y sus intereses, por ello, en situaciones límite tales como la pandemia en donde no abundan los recursos ni los servicios, tienen que acudir al estado de sobrevivencia, y por ello, abandonar a la enfermedad o salvar vidas. De esta manera, la violencia sistémica formulada como eugenesia social, aporofobia, anestesia ética, distanasia, entre otras, se hacen manifiestas. La muerte no se busca intencionalmente, pero bajo la lupa bioética los procedimientos médicos quedan develados como reflejos de la necropolítica que dirige los procesos médicos de forma semi- encubierta.

Palabras clave: Bioética, necropolítica, análisis pandémico, violencia sistémica, necromedicina.

Abstract:

From the use of the prefix "necro" that implies the valuation of some lives as superior to others, which is equivalent to making it possible for a structure to give death or let some people die before others, in this work the theory of the existence of "necromedicine" is postulated. Although medicine is dedicated to the care of life, it is subject to political influence and its interests, therefore in extreme situations such as the pandemics where resources or services are not abundant, they have to go to the state of survival, and because of that, abandon to the disease or save lives. In this way, systemic violence formulated as social eugenics, aporophobia, ethical anesthesia, distanasia, among others, become manifest. Death is not intentionally sought, but under the bioethical lens, medical procedures are revealed as reflections of the necropolitic that leads medical processes in a semi-covert way.

Keywords: Bioethics, necropolitic, pandemic analysis, systemic violence, necromedicine.

Exordio

La bioética es una dinámica transdisciplinaria¹ pues comprende a una realidad desde la unidad del conocimiento integral teórico-pragmático, más allá de las disciplinas de la ciencia, medicina, derecho y filosofía que la enriquecen, bajo el rigor de una misma metodología y finalidad: la yuxtaposición de una realidad que supone un valor, en conflicto con la vida misma como valor y principio primero ante cualquier decisión. El conflicto bioético versa en la defensa del valor de la vida humana que guarda una inviolabilidad axiológica de carácter apriorístico, de forma humanizante y sin ser instrumentalizada para otros fines que la misma; en contra de otro valor ético o derecho sociopolítico que englobe la totalidad valorativa de la persona. Cuando no existen esas situaciones conflictivas que son la metodología bioética, entran en función las éticas puesto que

¹ Según la terminología de Edgar Morin en su estudio sobre el pensamiento complejo.

“Necromedicina”: el reflejo médico de la estructura necropolítica ante la pandemia

el valor de la vida humana cercano o no tan cercano al desenlace no se juega. Sin embargo, en la actual contingencia pandémica a razón del covid-19, la falta de anticipación lleva a conflictos, y el roce de muerte se hace con vidas y exhorta a decisiones precipitadas respecto al maniobrar médico.

En tanto, es indudable la importancia de que sea esta la disciplina desde la cual se fundamenten y erijan las resoluciones sobre la pregunta moral imperante en su contexto, siendo la siguiente: ¿Cómo actuar ante el Otro en un escenario pandémico? O también: ¿Cómo actúan y a qué obedecen los otros (médicos, Estado) en el mismo contexto? Tajantemente se ha concebido al valor de la vida como prioritaria a proteger dentro del actual panorama pandémico, pero esto contrasta con la escabrosa problemática sobre los “escasos recursos” respecto de la población vulnerable al contagio y por medio de la cual corre en riesgo su vida. Esto a consecuencia de que anteriormente no se planeara un suceso semejante con inversión de esfuerzos, capital, tiempo y estudios pues nos escandaliza².

La pandemia pone de relieve problemas sociales y sus estragos económicos, políticos, médicos, educacionales entre múltiples otros e incluso de eslabón ético, sin embargo, en medio de estas incógnitas, es imprescindible actuar y asumir la crisis. Es en este *asumir* que corre la profundidad de los problemas con relación a la toma de decisiones *sobre* las víctimas infectadas del virus y el proceder de los recursos. Se sigue que en el momento en que la vida admita, excluya o condicione valor en “referencia a” descrédito, intereses, [in]utilidad, comienza el enlace necropolítico desde el cual no se constituye un auténtico conflicto ético entre el valor de la vida humana y el social, sino que lo anula en el “dejo” a muerte, provocando la necromedicina. Es así que el objetivo de la presente empresa es abordar el enlace médico con el político desde nociones bioéticas por razón del valor de la vida; para ello, a continuación se tematizan los conflictos, intereses “bioéticos” y elucidaciones encontradas en el documento expedido en marzo del 2020 por la Secretaría de Salud de México: “Guía Bioética de asignación de recursos en medicina crítica”, elaborado con la finalidad de orientar las acciones médicas en la pandemia.

² La muerte es escándalo. Hemos creído en una inmortalidad cotidiana.

Análisis crítico sobre la “Guía Bioética de asignación de recursos en medicina crítica”: medicina de paradigma normal. Un intento que evitar

La “asignación de recursos” ya incumbe cierta noción respecto a su administración, entre las valoraciones que se den respecto a las necesidades y pacientes a quienes han de propinárseles. Escasez de bienes orgánicos o de equipo las hay siempre, pues la satisfacción de las demandas de salud no es a cabalidad en emergencias, por ello los cuidados críticos son sobrepasados y en estas situaciones está la imposibilidad de acudir a otros servicios médicos. El término de “asignación de recursos” infiere que simultáneamente dos o más pacientes necesitan del mencionado, no obstante, por su naturaleza indivisible solo un paciente puede hacer uso de él. Esta falta de tratamiento profiláctico o cura obliga a plantearse el cómo de la asignación del cuidado dado a la limitación, para así no conceder que las determinaciones se den de manera arbitraria o discriminatoria, más son la pluralidad y la diferencia las que ocasionan el conflicto.

En casos insólitos en donde no hay metodología de ponderación, pero sí una demanda para atender a los pacientes, las decisiones han de ser apresuradas para auxiliar al mayor número posible de penurias, pero son en estos intersticios de conflicto sobre las vidas en donde impera la fuerte necesidad bioética que responde como una metodología que da fundamento moral a esas decisiones médicas críticas. Ningún paciente es descalificado de antemano para recibir el recurso, puesto que no se elaboran “categorías” infundamentadas acerca de una prognosis médica desfavorecedora o un conocimiento anticipado sobre el hecho de la salud; por ello, desde la humanización y valor igualitario de las vidas en cada caso, la salud no debe jamás ser excluyente a causa de característica alguna de los individuos que acudan a estos sectores. Hemos de revisar pues, si dichos buenos motivos son cumplidos en los criterios de atención de las acciones médicas en el documento publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

En primer instancia, se han de diferenciar las disertaciones médicas entre patrones de cuya urgencia es inconmensurable. De no existir emergencia de salud extraordinaria, imperan dos paradigmas médicos para el trato de otro tipo

“Necromedicina”: el reflejo médico de la estructura necropolítica ante la pandemia

de necesidades médicas o de urgencias: la medicina cotidiana o a la que decidiremos llamar *de paradigma normal*³ tiene la finalidad de prevenir, tratar y curar enfermedades de pacientes en específico, por lo cual sus principios bioéticos se distinguen de una trama de emergencia mundial como aquella de una pandemia. Sus principios básicos son el de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia, además, emplean *principios de justicia* para administrar recursos, siendo ellos los dos siguientes:

I. *Orden de llegada*: este apunta a la correlación entre fecha de solicitud o tiempo de espera que ha tenido el paciente en contraste con otro que ha solicitado la misma atención. Ambos son introducidos en la lista de espera que se plantea como eficiente, transparente y neutra o ciega respecto a las cualidades personales y sociales de los pacientes, y trata a los pacientes de manera equitativa al no incluirles un contexto subjetivo además del tiempo de involucramiento en la solicitud.

II. *Necesidad Médica*: este principio es más parcial que el anterior dado a que vislumbra de la persona el contexto de su estado de salud. Le es más pertinente pasar a la lista de espera antes al sujeto más grave, por lo que puede decirse que es más humanizante que el principio de orden de llegada, pues es el resguardo de vida la que se pone como cuestión principal. Asimismo, el orden de llegada se supedita a este si la situación entre las diferencias de casos es semejante menos en la urgencia. También, si hay deterioro en la espera, prosigue el tratamiento a este paciente siempre y cuando no signifique el cese de su vida la aplicación.

No es este el procedimiento a seguirse en una situación estrambótica o de revolución médica, pues apela directamente a la autonomía de los individuos y por ello la justicia le es retribuida a lo mucho entre equidad en la esfera de la necesidad médica. Pasa que el principio de orden de llegada “beneficia de manera injusta” a la *justicia social* que es factor de las emergencias críticas; es la justicia

³ Puede explicarse “medicina de paradigma normal” en relación a los paradigmas de la ciencia de Thomas Kuhn en donde las revoluciones son las exaltaciones de emergencia médica que solicitan el involucramiento de otros principios a los ocupados en esta cotidiana medicina.

individual y recíproca la encontrada en la medicina normal. En este mismo ámbito del orden temporal, permea una inclinación a la proximidad geográfica para determinar el quién de quien recibe atención, y a consecuencia también del peso urbano, de las pautas que posicional y económicamente suponen la zona. De seguir el principio de orden de llegada, quedaría demarcada la atención y las “vidas” entre sujetos de zonas, posiciones económicas marginales y no marginales.

Esta distinción quizá simple provocaría que el virus discrimine, cosa que no hace en sí mismo⁴. Son los moldes económicos, ubicación geográfica, sociales o ideológicas aquellas que brindan posibilidades desiguales ante los tratamientos críticos. El riesgo de la selectividad inconsciente ex-pone a los sujetos que ya desde antes eran colocados en el lugar del resto prescindible. Son las construcciones humanas y el estatus quo de un sistema político-económico-social las que provocan que fallecer por el virus no sea tan indiscriminado, es decir, es una estructura la que administra la sucesión del problema. La pandemia obedece a una relación entre el nivel socioeconómico del lugar de residencia y la tasa de infección por covid-19, y “golpea a las poblaciones de mayor marginación y pobreza” (Financiero, 2020) por las enormes desigualdades, e incluso las ha aumentado. El coronavirus no elige donde inocular, pero la pobreza es un factor de riesgo decisivo en la pandemia pues vulnera a los ya más vulnerables, más que en las zonas altas de la ciudad.

En este complejo aporofóbico hay una red circunreferencial en el cual la pobreza vulnera con el hogar, la ocupación, la forma de transporte, la historia personal, todo. Las tasas de mortalidad son por lo general más altas en las zonas más desfavorecidas, e incluso los datos del Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) “confirman que la pandemia sí fue «selectiva»” (Animal-Político, 2021), pues el 66.8% de los fallecidos tienen escolaridad básica terminada o incompleta (preescolar, primaria, secundaria), o bien, carecen de estudios. Bajo estas líneas, el periódico en línea *Animal Político* acentúa:

Las personas pobres corren más peligro debido a una suma de condiciones fatales: baja escolaridad, mala alimentación, un historial de

⁴ Véase Butler en su ensayo de *Sopa de Wuhan*. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias, p. 62

“Necromedicina”: el reflejo médico de la estructura necropolítica ante la pandemia

salud precaria que suele causar comorbilidades, hacinamiento, un limitado acceso a servicios públicos básicos en el hogar que garanticen a la higiene, y una frágil economía familiar que no permitió a esas personas quedarse en casa y las forzó a salir a ganarse la comida, exponiéndose al contagio. Cualquiera que se contagie, son los pobres los menos propensos a sobrevivir.

No es que la pobreza delimite de forma a priori los contagios porque cualquiera es vulnerable, pero es esta la que demarca la posibilidad de sobrevivir y también, los “puntos propagadores”. Queda más que evidente que al virus debiera haberse acatado en primer frente desde los más vulnerables de la sociedad, no desplazarlos. Son también estos sectores quienes fungen las profesiones mal pagadas que han sido convertidas en esenciales por la pandemia (Animal-Político, 2021). El capital ha costado vidas en la pandemia, y es solo la capacidad del individuo desde la cual vive, por ello el control del mercado es el que distingue desde siempre en las defunciones. La muerte entonces no es democrática, sino que está atravesada por una posición económica y de producción; la administración estructural ha abandonado desde el momento en que no garantizó el Estado ingresos a las familias vulnerables y *ha dejado morir*. A esto volveremos más adelante.

A lo anterior súmese que a unos individuos -la mayoría en este exceso- no queda más que abandonarse a la paradoja de la enfermedad y la muerte para darse vida mediante el pan, por lo que habrían de contar con menos tiempo para ordenar una espera, y sin embargo más vulnerabilidad. En estas líneas, no solo a causa del individuo, sino que es a la anterior estructura que se atropellan los derechos humanos. Esto podría redirigirnos a una exigencia axiológica de un Estado que desea que se regrese a vivir, es decir, que nos reintroduce en el trabajo para no morir[se]. A pesar de que la maquinaria médica intentara evitar el paradigma normal ya supondrán los lectores, fueron inevitables los estragos.

Se sigue que la bioética requiere de una política de salud que esté igualmente comprometida con todas las vidas y de ser el caso, suprimir también esta paradoja de las áreas marginales que generan un mercado a costa de ser más vulnerables al contagio y contagiarse de forma más sencilla por la falta de aislamiento. El requerimiento de la organización económica que demarca favoritismos desde el control del mercado sobre la atención médica debiera ser sugerente al

gobierno a fin de pensar en la dignidad individual, como de puntos de contagio públicos en lo social, lo cual nos lleva al siguiente paradigma.

La lectura médica vigente: la salud pública

Regresemos al análisis crítico de la Guía bioética. En el caso de la práctica de la *salud pública*, generalmente se consideran a los pacientes individualmente a la forma de un tener “control”⁵ de la población para mantener un registro respecto a la salud dado a que aquí, la justicia no es recíproca al individuo ni es autónoma como la “normal”, sino que la justicia trasciende hasta lo social. En las emergencias críticas, ni los centros privados pueden seguir su objetivo individual que acude a la “justicia” a menoscabo de la “social”, pues a pesar de que un individuo no cuente con la afiliación de la dicha ni con la posibilidad económica para financiar el servicio, tiene predominancia como valor absoluto la vida antes que la materia del paciente. A su vez y en contraste con la medicina de paradigma normal, el paradigma social no puede dar continuidad al principio de orden de llegada dado a que este al no situar en contexto a la persona más que al tiempo empleado en espera del recurso, a la social siempre se le superpondría el principio de la necesidad médica, claro está que para el beneficio de la mayor cantidad de sujetos sociales.

Este segundo paradigma es aquel que se propone a sí mismo en juicio de *ponderar* al plantearse desde lo social; si es *preferible* que el paciente como sujeto social sea quien reciba el tratamiento a expensas de que el recurso sea denegado a otro sujeto del sector social o no; la decisión es tomada en base a lo que favorezca a este círculo. Aquí se habla desde el término de “prioritario”, motivo por el cual se genera ya un contexto del sujeto tanto de su salud como de otros aspectos que podrían atentar contra la dignidad humana individual, tal como la disertación por la esperanza de vida, más esto no atenta en contra de los intereses públicos pues como se ha visto, son distintos. Todo esto es enarbolado desde la *justicia social*. El término “prioritario”, no es a ‘la emergencia’ en la realidad vigente, sino que la calificación es a partir de *las* emergencias, es decir, no es sólo incumbencia de la actual epidemia, sino que los recursos se ven escasos y

⁵ Entiéndase “control” como factibilidad de la investigación científica sobre lo individual en representación de una población respecto de su salud para de esa manera comparar los resultados de manera confiable con el grupo.

administrados en cualquier emergencia médica crítica sin el favorecimiento del paciente del virus a otro que tiene una emergencia distinta. Lo que se juega es la posibilidad de tener entrada en las prioridades de la unidad de cuidados críticos, pero una vez en ellos, tampoco está sostenida la permanencia; de forma continua es reevaluada la lista de los pacientes en esta unidad.

Son un equipo de tiraje y director del servicio de salud aquellos que administran y toman decisiones, no el personal médico. Esto con la finalidad de que no intervengan los intereses personales en la asignación de los recursos y una equidad como postura de la justicia social en contraste a una justicia individual encontrada en la medicina normal. En el procedimiento médico la justicia social debe mantenerse durante todo el transcurso, por ello denotan una “justicia procedimental”, sin embargo, no es solo responsabilidad del tiraje ni los médicos. Es abierto un sistema de apelación y resolución de disputas frente al tiraje para ser empleado por el paciente, familiares, y el médico tratante, habiendo dos tipos: por error en el cálculo (permitida) y por el cuestionamiento de la pertinencia del sistema de priorización (no permitida). Lo anterior significa la reformulación del cálculo necesario para la priorización del recurso y hacer frente a la apelación mediante un derecho. Para la bioética además es importante el que los familiares estén constatados de la situación, de las implicaciones y lugar de la toma de decisiones en todo momento.

La priorización y justicia procedimental proponen que no se debe ser excluyente con paciente alguno siempre y cuando se vea beneficiado con su tratamiento. La justicia empleada aquí es a los pacientes que muestran mejora en los procesos de evaluación y seguimiento, pues son a estos a quienes se les permitirá mantenerse en la unidad de cuidados críticos y son retirados a quienes no les resulte benéfico o declinen su estado de salud, con sus respectivas oportunidades de apelación. Del mismo modo, a aquellos quienes en un principio no fueron candidatos a cuidados críticos, también debe otorgárseles seguimiento médico y resolver eventualmente un segundo dictamen para visibilizar si no siguen o son candidatos vigentes para dichos cuidados. Antes de enarbolar juicios éticos en torno a este método de salud, es importante cobrar claridad: la práctica de salud vigente en la crisis del Covid-19 es a fines de la justicia social, y por ello, da seguimiento a esta de la salud pública.

Luego de lo ya acatado y para sostener lo anterior respecto a que la *pública*, es paralela a la actual condición, sale a brillar lo siguiente del documento: “Durante una emergencia de salud pública, como la de COVID-19, la práctica médica cotidiana se subsume a la práctica de salud pública” (General, 2020, p.2). La medicina “normal” o cotidiana se encuentra imposibilitada de dar respuesta a la emergencia radical que supone una epidemia a nivel mundial, pues la epidemia es desarticuladora de los significantes individuales para no escatimar esfuerzos en una forma más global. Lo que hace luego la medicina pública es reorganizarse a partir del eje referencial y [re]significador de los individuos como sujetos [sujetados] sociales en primera instancia, y en segunda como pacientes “prioritarios” o no, a razón del ya mencionado principio de *justicia social*. Para dar respuesta a la emergencia, este método valorativo toma lugar en la duración de la misma. A su vez, la justicia social que aplica tanto en la social como en la medicina de paradigma *crítico* cuenta con sus principios: los recursos son para salvar vidas las cuales cuentan con el mismo *valor* en cada individuo pero, en función de salvar a la mayor cantidad de personas posibles en presencia de recursos insuficientes, y preferiblemente si estas vidas están por realizarse.

Son estos dos objetivos fundamentales de la medicina crítica aquellos sobre los cuales debe girar la reflexión bioética a pesar de la escandalización: si bien el documento justifica que se trata de un esfuerzo que busca la mayor justicia en las decisiones y de forma a priori, sostenemos que está basado en el utilitarismo y no solo en la asignación de recursos. El criterio de esta guía es cuantitativa y no cabe más que rescatar su puntuación SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) empleado a razón de determinar las posibilidades de supervivencia para constatar el hecho. Propone el mayor bien para el mayor número de personas, pero atenta contra grupos vulnerables pues pone en contexto al sujeto y lo *valoran* dado a que se “requiere evaluar tanto la posibilidad de que un paciente mejore y sobreviva, cómo el tiempo que tardará en recuperarse” (p.2). Esto en aras a que la vida tratada no se ‘anule’ y como consecuencia se haya implementado un tiempo útil que no se usó en un sujeto alterno cuyas posibilidades de sobrevivencia eran más factibles. En otras palabras, se les ajusta un valor de sobrevivencia a los sujetos para que los esfuerzos médicos no sean inútiles.

A pesar de que la vida humana tiene igual valor, escrito en las palabras de la Guía bioética: “las y los pacientes que tienen mayor probabilidad de sobrevivir

“Necromedicina”: el reflejo médico de la estructura necropolítica ante la pandemia

con la ayuda de la medicina crítica son priorizados sobre los pacientes que tienen menor probabilidad de sobrevivir” (p.7). Es mediante el SOFA que se miden estos dos balances para la priorización de la sobrevivencia. Estos especialistas sostienen que su segundo principio de vida-completa no discrimina injustamente entre comparaciones a las personas de más etapas de vida, sino que su fundamentación se siembra en la valoración de vida a la manera de un *bien* del que han podido ya gozar los vida-completa en contraste del bien que sería *hurtado* a los pacientes más jóvenes de no obtener la atención médica crítica y el recurso en cuestión. Se sigue que no solo se busca entonces la estima salvaguarda de las vidas, sino de aquellas que prometen, y prometen retribuir luego a lo social, y asegurar esta justicia social.

Las formas del morir y de la constatación de la muerte al correrse la ilusoria estabilidad cotidiana, denotan que cuando en principio ni la edad biológica ni las discapacidades eran consideraciones, en el fondo se palpa que su esquema de pensamiento toma por más valiosa la vida de un individuo de primera y segunda edad a uno de tercera, y la de un “capacitado” en contraste con un discapacitado. A inicios de la pandemia pensadores anunciaban la muerte de la senilidad como aquello aceptado silenciosamente⁶, pues cualquier otra enfermedad, y su edad podrían justificar la vulneración y selección en favor de *los más saludables* en lugar de a éstos que más lo necesitan. Es decir, se descubre que el utilitarismo de esta medicina no es a la curación, si no hay un condicional al porqué de proceder: no es a apriorística esta medicina en la práctica. Resignarse y aceptar esto es inaceptable desde el punto de vista humano y legal pues una ética democrática y humanitaria se debe basar siempre en no hacer una diferencia entre las personas, ni siquiera por su edad⁷.

Es en los *casos*, en la especificidad de los sujetos sociales donde se hace presente la persona, un rostro⁸ y toda la complejidad que significa, en donde se

⁶ Véase Zizek en su ensayo de *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*.

⁷ Publicación de Habermas en el diario *Kölner Stadt-Anzeiger* el día 3 de abril de 2020. Construye un poco saber que aquí, el filósofo está abogando en aras a su propia vida como terceridad en la medicina.

⁸ Aquí entendemos “rostro” a la forma levinasiana que resulta ilustrativa para comprender la Otredad que corre el riesgo de ser negada como sobreviviente o más vulnerable a otro sujeto social. A esta no se le atañe un contexto, pero frente a la tematización

generan los conflictos que nutren a la bioética; las decisiones si son bioéticas, son influenciadas directamente por factores de la realidad circundante o con hechos fácticos. El resultado de la ponderación sobre vidas a rescatarse de parte de la emergencia médica según las cláusulas de la guía es este: “salvar la mayor cantidad vidas-por-completarse (...) aquella que aún no ha pasado por los diferentes estados de desarrollo bio-psico-social humanos” (p.2). Es la cercanía con la muerte y el tiempo, aquellas que van reduciendo el espectro de la posibilidad de completarse de un sujeto incluso fuera del ámbito médico. Luego, son los menores aquellos que no se enfrentan con problemas para su durabilidad, aquellos a los que los esfuerzos van enfocados desde el juego de la supervivencia por el gran temor a la muerte de la cual se huye cuando se huye a la pandemia.

En este paradigma crítico, se practica la “barbarie” de la supervivencia, y es que, conforme al interés por sostener la vida, el miedo a la muerte enceguece a lo verdaderamente humano y humanizante pues no solo los sistemas médicos, sino políticos, económicos y sociales se vuelven hacia la supervivencia, exponiendo sus fallos: la actual es una ‘sociedad de la supervivencia’ (Han, 2020, p.108) que es esencialmente anti-ética. Esta se basa en última instancia en el miedo a la muerte pues se resuelve como un elemento que perturba, disloca y pierde todo sentido de la vida buena o digna, por lo cual su valor primero que en principio es el que defiende la bioética, claudica. El goce, el individuo, se sacrifica al propósito más elevado de la salud puesto que hay una crisis o revolución de paradigmas que varía el proceso normal de la ética sola y solipsista. Sobrevivir se convierte en algo absoluto, pero el peligro es que como consecuencia lleve a la falta de humanidad generada por la histeria y el miedo colectivo.

Sin embargo, la Guía sí reconoce consideraciones para no tomarse en cuenta dentro del análisis de la priorización del recurso y estos los señalan bien: afiliación política, religión, ser cabeza de familia, valor social percibido, nacionalidad o estatus migratorio, género, raza, preferencia sexual, discapacidad. Esto es a lo que nombramos “contexto” o “rostro”, la personalización y humanización de un paciente con toda la complejidad existencial que involucra ser “persona” e individuo. Hemos de recordar que este es el objetivo de la bioética en todo caso,

de la urgencia y salud pública, ¿permanece sin contexto el rostro? Creemos nosotros que la tematización utilitaria del otro no responde en respeto a la otredad de suyo, sino a la cuantificación que significa su supervivencia.

“Necromedicina”: el reflejo médico de la estructura necropolítica ante la pandemia

no el reduccionismo cuantitativo a la sobrevivencia a causa del aprecio a la permanencia de la vida que en el vaivén puede suprimir el “valor” de la muerte en el segundo. Por este motivo, no extraña que el encauzamiento de esta guía bioética sea equiparado a la situación médica creada en la que se puede prolongar una vida en espera de posponer la muerte antes que curar una enfermedad tal, a saber, el complejo ético de la *distanasia*.

Según indica el prefijo griego "dys", la distanasia alude a situaciones de disfuncionalidad o de imperfección en el morir, sumado a que oscurece el valor ético de la muerte digna. No nos referimos a la distanasia en sentido médico estricto (vidas sostenidas por técnicas de reanimación y encarnizamiento) ni a las técnicas biomédicas, sino en sentido amplio y en su clasificación por razón del sujeto paciente en el que se analizan las situaciones donde "dejar morir" es preferible a favor de la prolongación de otras; el mismo principio de vidas-completas significó un retardamiento de la muerte o extensión de su vida y en otros un adelantamiento de la muerte. Si se decía que el contagio sería inminente para todos, se valoró sobre la esperanza de vida a quiénes se debió dar preferencia, eliminando el conflicto bioético por una configuración utilitarista en la esperanza de recuperación. Sin posibilidad de “muerte digna” que comprenda el absoluto valor de la vida, se trata de salvar “a quien *vale* más”, y sus términos siguen siendo una discriminación injusta dado a que no se pueden aceptar criterios ni soluciones morales para valorar una vida. Se esfuma la consideración ética del morir en la distanasia por la alta valoración a la *vida para lo social*, un *bien social*, sin la posibilidad de la muerte digna individual. La muerte digna es para los individuos, pero en el paradigma crítico, se muere para o *por lo social*.

Vale decir que dentro de su propuesta de “muerte digna”, se expele la intención de que las despedidas antes del deceso entre el paciente y sus familiares sean vía comunicación virtual teniendo aún en cuenta la precaución de los contagios, motivo por el cual no es posible la despedida presencial, además de que los cuidados paliativos son administrados a su vez según la Guía. La realidad ha sido otra: los mayores mueren solos en los hospitales o en los asilos porque nadie puede visitarles por el riesgo de infección y resulta muy difícil prestar el tiempo y equipo para la despedida virtual. La muerte digna permitía siempre su simbolización y ritos de despedida, pero se han fundido en la bolsa plástica en que se ha envuelto el cuerpo de despojo, y en la caja fúnebre a su vez forjada de plástico, preparados ambos para las dos horas de despedida máximas prestadas para el acto solemne familiar. Esto si va bien, de lo contrario, cremaciones

masivas de cuerpos infectados por el virus. No es solo por cuestiones médicas; los vida-completa no presentan cosa alguna por realizar, y el no prometer se convierte en una imposibilidad de persistir también en sus atenciones. Puede leerse que la falta de muerte digna en situaciones críticas adviene a causa de una capacidad o “etapas” agotadas y consumidas que luego no serán útiles en el mundo circunscriptivo del trabajo, porque el concepto de *vida* ha entrado como cosa en el mundo. El muerto o dejado a morir lo es siempre que luego no pueda retribuir a lo social y que no regrese al “valor” de vivir, a funcionar y ser útil. Lo que ocurre con los no vida-completa es que ellos tienen la oportunidad de ser ubicados y regresar a vivir con ese *valor*.

Más que por deber ético al individuo respecto a su derecho de la muerte y vida digna, hablamos de una epojé de la justicia individual a favor de la justicia social: el des-involucramiento de la “persona” tiene el motivo de hacer más sencillo el aceptar dar la vida a un *sujeto social* en lugar de a otro, o también, para más facilidad de constatar que se está declarando la muerte al otro. Los mismos profesionales esperaban esta réplica, y es que a los médicos se les enseña a dar y sostener la vida, no la muerte, no obstante, a la asignación que se requiere para salvar vidas:

[...] a veces se le considera como elegir quién morirá. Sin embargo, esta evaluación del acto de asignación de recursos escasos es errónea en la mayoría de los casos. Es errónea porque la intención detrás del acto de asignar recursos escasos es elegir quién sobrevivirá. La muerte, o daño que sufre, el otro paciente(s) se prevé, pero no se busca intencionalmente (General, 2020, p.1)

Esto lleva directamente a uno de los objetivos de la investigación.

Necromedicina

Ya antes había lanzado la hipótesis de la “necromedicina” desconociendo si se había utilizado anteriormente, entendiendo “necro” como la gestión de unas vidas desde un mayor valor sobre de otras, y traducía lo anterior “al rápido despojo de los cuerpos por las faltas de camillas o la atención médica que distingue entre los dignos a recibirla a los que son abandonados a la enfermedad” y en este caso, a la muerte a pesar de que no se busque intencionalmente. La

“Necromedicina”: el reflejo médico de la estructura necropolítica ante la pandemia

reasignación de recursos se enfrenta con individuos hechos “alternativas” dentro de la toma de una decisión: ¿a quién se salva?, ¿quién ha de vivir?, ¿quién muere? Sin desearlo, los médicos ahora utilitariamente deben decidir quién vive y quién muere, volviendo a inscribir la pugna de lo necro por el valor de la vida, en donde habrá quienes a toda costa serán protegidos de la muerte y otros de los cuales se considerará que no *vale* el esfuerzo de que sean protegidos de la enfermedad y la muerte. Este es un escenario en el que algunos seres humanos afirmarán su derecho a vivir en expensas de otros (Butler, 2020, p.62).

La alta deshumanización y despersonalización o anulación de la otredad⁹ dentro de la medicina, se encuentra de forma casi cínica una vez se llega al ámbito de los empates dentro de la puntuación SOFA. Aquí la priorización invita a la reflexión enjuiciadora respecto a cuán genuinamente se ha avanzado respecto de la relación ética y médica, viéndose en la siguiente cita: “si recurrir al principio de vida-completa no desempata a los pacientes entonces la decisión sobre quién recibirá acceso a los recursos escasos deberá de tomarse al azar (por ejemplo, lanzando una moneda)” (General, 2020, p. 8), y en el pie de página de la misma cita finiquita del siguiente modo: “Decisión aleatoria es una manera internacionalmente aceptada dentro de la comunidad científica para hacer asignaciones al azar simples entre dos opciones” (p.8). Ocurre que las vidas a pesar de aceptar la situación de contingencia y desamparo no son reducibles a un azar. Se desnuda la medicina y las aspiraciones de esta guía a la cuantificación y tecnificación utilitaria si la vida de un ser humano puede ser definida por lanzar una moneda al aire. Se anula aquí el respeto también por la dignidad de la vida.

En el sentido estricto de la palabra “inmoral” es que se lleva a cabo su justificación en las decisiones del equipo de tiraje, en una nivelación¹⁰ de sus integrantes en la cual ninguno asume la responsabilidad personal de las dichas y también, con la intención de “evitar la angustia moral al personal de salud” (p.5) al no ser ellos quienes las tomen. Esta prevención de la angustia a los médicos es sin lugar a dudas una anestesia moral, aquella que permite la anulación de

⁹ Se ha evitado intencionalmente el empleo de la “o” mayúscula que admite otredad en el ensayo.

¹⁰ Aquí la responsabilidad cae en manos de la masa y en lo público, una nada que lo cubre todo. Los individuos están volcados hacia afuera donde se pierden en la generalidad sin individualidad que se responsabilice.

un Tú, y más aún, enmudece a la conciencia moral que sabe que se ha de responder éticamente en todo momento a la conciencia moral que es interpelada por la realidad para contestar con actos. El evitar la angustia moral es sin dudas una nivelación ética, pues hace el desprendimiento de la *persona* para solo permitir la ponderación “*objetiva*” según la justicia social. Tanto para cada individuo que emerge como paciente como para el conglomerado social al cual se atenta hacer justicia, hay nulidad de rostros y contextos, todos ellos menos el objetivo de “salvar más vidas” o ser una vida digna de ser salvable. Esta imparcialidad no objetiva al sujeto en su persona, y guarda distancia de ella para posibilitar el cálculo priorizador.

El equipo de tiraje es el encargado de “determinar la prioridad inicial que diferentes pacientes [tienen]” (p.4), como también de la reasignación de los recursos bajo los términos establecidos con la medicina crítica. Lo mismo ocurre cuando se debe retirar el recurso a los pacientes, o a quienes les fue negado en un principio el dicho. A su vez, para que el equipo evite la infección, y la personalización de los pacientes o añadidura de un rostro al *caso*, hemos de añadir, no es indispensable que esté su presencia en el centro de salud, sino que puede ser remota y distanciada, evitando de esta forma el angustiarse. Son múltiples los pacientes que corren el riesgo de muerte durante las emergencias, por lo que no se puede enjuiciar desde una plataforma de superioridad moral al personal de salud cuando buscan disolver la angustia moral y dejan de ver el reflejo de una “persona”. Tampoco se espera de ellos la compasión que es ver a otro desde el privilegio de no estar sufriendo como o con ellos¹¹, sino que se les invita en cada caso a tener una mirada humanizante como propuesta bioética, y ante todo el respeto por la dignidad de las vidas.

La relación necropolítica

La hipótesis en torno a la “necromedicina” nació como reflejo del concepto ya existente “necropolítica”, y se ha insinuado desde el principio en los intersticios

¹¹ “Llegará el día en que quieran gritar de asco ante el miedo y el dolor de todos. Ese día, no podré hablarles de ningún remedio salvo la compasión, que es pariente de la ignorancia”. Albert Camus en *Exhortación a los médicos de la peste*.

“Necromedicina”: el reflejo médico de la estructura necropolítica ante la pandemia

del capital y la marginación; es por esto que nada extraña lo siguiente encontrado en los últimos pies de página de la Guía bioética, y tampoco dicha ubicación:

[En el] artículo 73, fracción XVI secciones 1ª, 2ª, y 3ª (...) se previene que el Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República (...) que sus disposiciones generales serán obligatorias en el país y en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República (General, 2020, p.9).

Las discriminaciones sobre el “dejar morir” con las que se han trabajado no son solo a consecuencia de las acciones médicas, sino que lo “necro” de esta se ha mimetizado en motivo de que los problemas internos del Estado y la estructura son genuinamente aquellos que provocan más muertes. Son ambos centros de poder aquellos que fortalecen a un inmunogobierno a saber, aquel que se protege de la decadencia a toda costa y que maneja la administración de salud¹².

Relacionado con lo anterior, las muertes, despidos, reestructuraciones y el proceso de [des]politización son vistos como efectos colaterales de un “Estado de excepción normalizado” (Agamben, 2020, p.15). Esta forma de organización política tiene lugar en una situación de desorden y conflictos que perturban el orden interno con el fin de establecer parámetros que faciliten hacer frente a los obstáculos críticos: cuando se alza un Estado de excepción, los derechos de los residentes son *suspendidos* de forma total o parcial y el Estado autoriza a las fuerzas de seguridad a tomar el control por sobre los ciudadanos para sustituir el orden interno. Esta noción de la necropolítica está directamente relacionada con el ejercicio de la anteriormente categorizada como ‘sociedad de la supervivencia’ o también sociedad del miedo, pero ambas son esencialmente anti-éticas. Esta se basa en última instancia en el miedo a la muerte pues se resuelve como un elemento que disloca; y en cuanto al Estado, cuestiona al poder y su

¹² Como el enano que mueve al títere, así los últimos pies de página de la Guía hacen más que evidente desde dónde brota todo poder e interés por la salud.

potestad en su exclusividad en tanto a la aplicación de la necropolítica (Valencia, 2012, p.89).

El miedo es un dispositivo político: es el Estado el que responde al miedo a la muerte cuando no la emplea para proseguir su poder, o dar cuenta de ambos sin que se contrapongan. Lo anterior significa que ante la muerte que expone al Estado en su limitación de gestionar la muerte, se levanta un Estado de excepción que a su vez lleva a la sociedad de la supervivencia. El desarrollo es: el Estado 'permite' la suspensión de derechos, libertades y para nuestros fines, la dignidad y valor íntegra de la vida, para llevar a la situación límite que el hecho social ha aceptado latentemente en la forma de sociedad de la supervivencia; "Sacrifiquemos *a...*". Luego, se explica el desarrollo de las prioritizaciones encontradas en la Guía bioética que son reflejo de la política, o sus subordinadas. La muerte revela la discriminación que nace en el poder pues percibe a unas vidas con más valor que otras, lo cual antes estuvo encubierto pero hipocondríacamente, teniendo su reflejo no en los individuos, sino en los sujetos sociales. En esta histeria y miedo colectivo es donde toma pie la supervivencia, llevándose consigo a cuanto sistema es posible, y en el afán pandémico emerge la instrumentalización, el yugo económico-político para erradicar la humanización democrática. Luego, se discrimina la humanización y el íntegro valor de la vida en esta situación distópica.

Anteriormente, en el examen de la necromedicina se llegó a la conclusión de que este ámbito se descubre como distanásico por la preferencia de la vida como valor que suprime al de la muerte digna; en cambio, en el ámbito político proponemos que el regimiento es el contrario sin que necesariamente caiga en una contradicción imposible de trabajar. La eutanasia conforma una preferencia por la muerte suprimiendo el valor de la vida, pero en específico es la social o eugenésica la que interesa a este estudio: la eutanasia eugenésica es un proceso de eliminación y propiciación que termina en la muerte de gracia, acuñándose para dar muerte a los agentes que "enferman" lo social al no contar con noción del porvenir¹³. Es desde este tipo de eugenesia que hay paradero a una "vida sin

¹³ Nietzsche reclama la eutanasia en múltiples ocasiones a este ejercicio de la voluntad, mas resuena lo siguiente en el *Ocaso de los Ídolos*: "para los parásitos de la sociedad, para esos enfermos a los que ni siquiera conviene vivir más tiempo, pues vegetan indignadamente, sin noción del porvenir".

“Necromedicina”: el reflejo médico de la estructura necropolítica ante la pandemia

valor”, nulificada en aras a los intereses del movimiento mercantil y del monopolio, siendo este su contravalor conflictivo con la vida. Es sencillo de justificar estas nociones atendiendo a la falta de apoyos directos del gobierno a las familias para reducir el tránsito social, vulnerándolas. Entonces, desde lo externo del núcleo que es el médico, se lleva a cabo un dispositivo distanásico inconscientemente, mientras que el poder en el núcleo “depura” eugenésica o eutanásico-socialmente, también, inconscientemente¹⁴.

Para dar fin al entrecruzamiento de la necropolítica con la necromedicina y a la Guía bioética, se presenta en el último pie de página de ésta lo siguiente: “en lo que se refiere al artículo 356 de la ley mencionada [Ley General de la Salud], este ordena que: Cuando las circunstancias lo exijan, se establecerán estaciones de aislamiento y vigilancia sanitarios en los lugares que determine la Secretaría de Salud” (General, 2020, p.10). Hemos visto que en una estructura política basada en la idea de que para el poder unas vidas tienen valor y otras no, se hace justicia *social* teniendo un sustento constitucional con la finalidad de no afectar el interés social y la no contravención de disposiciones de orden público; para ello acuden al dispositivo político que vigila, restringe y oprime mientras que administra de forma permanente la proximidad y coexistencia con los cuerpos que ya ha codificados como “nulos” en valor. Si el cuerpo político puede valorar, es porque ha entendido a los sujetos sociales como “objetos” de gobierno pues la vida como *bien* ha entrado así al mundo.

No habrá que olvidar que así como obligaciones y sujetos sociales, el Estado no solo está llamado a hacer “lo que puede”, sino que el mismo artículo primero constitucional es el que ordena la garantía de los derechos humanos. Existen los contrapoderes a los que el Estado y estructura habrán de responder, como a los cuerpos de entera dignidad que enferman y de los vulnerables. La muerte también es un contrapoder.

¹⁴ O quizá... ‘Ellos saben lo que hacen, pero aun así lo hacen’. Su saber está volcado en su hacer, y ahora el hacer lo sabe por ellos: «En el capitalismo tardío el problema no residiría entonces en que ellos no lo saben, pero lo hacen sino en que “ellos saben muy bien lo que hacen, pero aun así, lo hacen”» Žižek en el *Sublime objeto de la ideología*.

Corolario

Las estadísticas oficiales a esta altura han comprobado que la desigualdad económica, la precariedad de más de la mitad de la población y la limitada estrategia del Estado para proteger el empleo y el ingreso familiar, han sido la fórmula perfecta para que la mayoría de muertes en la actual pandemia se registre en el grupo prescindible del sistema agorafóbico, pues la distanasia en el caso médico, y la eutanasia *social* por el ámbito político, han marcado claramente las motivaciones a las cuales obedecen de forma ‘inconsciente’. Lo anterior se ha logrado deshebrando la *Guía Bioética de asignación de recursos en medicina crítica* minuciosamente para que la misma hiciera el enlace entre lo ‘necro’ que une a los ámbitos administrativos de lo médico y político, logrando el objetivo: sostener el empleo legítimo del concepto “*necromedicina*”. Una bioética transdisciplinaria ha podido exponer al cálculo utilitario que ha entendido a la vida como un *bien* ponderable, priorizable, antes que invaluable y apriorístico, o humanizante como es en principio el interés bioético.

Rescatable es también la resignificación que ha moldeado la medicina y la política justificándose en la justicia *social*, la cual casi indiscriminadamente abolió a los individuos para hacerlos “objetos” de gobierno o sujetos. Además, los estragos que se intentaron abolir implementando otro tipo de medicina que la de paradigma normal, fueron inevitables a pesar de implementar una medicina pública por lo social, y es que se escapa algo fundamental: los esfuerzos son hacia una máquina que absorbe el exceso, es decir, son esfuerzos sociales para la estabilidad del Estado de excepción, de la sobrevivencia, del miedo a la muerte que se lleva a cabo. Si no hay autonomía, es por el bienestar como máxima pero para la estructura que no ha disminuido en diferencias, lo cual ha provocado escalas difíciles de reconciliar en la estructura.

Esto no es un ultimátum. Hará falta otra guía bioética menos utilitarista y sobre todo, más humana, que despabile de la anestesia moral, pues esta ha permitido que tanto los involucrados en lo médico-político como los otros sujetos, sigamos perpetuando la contingencia de menor o mayor manera. Se requerirá de una nueva ética que no solo salte a la provocación emergente –que siempre es necesaria–, sino una que no se atenga a la espera ‘necrótica’, sino una de gran carácter de humanidad, pero esta rebasa los límites de comprensión del momento.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2020). La invención de una epidemia. En P. Amadeo, *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia* (págs. 17 - 20). España: ASPO.
- Animal Político. (2021). *COVID ha matado más a personas pobres: los más afectados tenían baja escolaridad y empleos mal pagados*. Recuperado el 28 de Mayo de 2021, de Animal Político.
- Butler, J. (2020). El capitalismo tiene sus límites. En P. Amadeo, *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*. España: ASPO.
- El Financiero (2020). *Zonas marginadas de México concentran el mayor número de muertes y contagios de COVID-19*. Recuperado el 28 de Mayo de 2021.
- General, C. (2020). *Guía bioética de asignación de recursos de medicina crítica*. Recuperado el Consejo de Salubridad General.
- Han, B. (2020). La emergencia viral y el mundo del mañana. En P. Amadeo, *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*. España: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).
- Valencia, S. (2012). Capitalismo Gore y Necropolítica en México Contemporáneo. *Relaciones Internacionales*, 83 - 102.