

LA CATEGORÍA DEL PACIENTE DESESTIMADO EN LA URGENCIA SANITARIA EN CONTEXTO DE PANDEMIA

María del Carmen Torrijos Villegas

ANTROPÓLOGA SOCIAL Y CULTURAL (UCM)

Resumen

El nuevo escenario de interacción social en tiempos de pandemia redimensiona las potencialidades de la etnografía virtual. Las entrevistas a profesionales sanitarios desvelan cómo en ellos no sólo recae una sobrecarga de trabajo, estrés o tensión emocional, sino que además se suscitan dilemas morales cuando la práctica médica se ve mediada por la urgencia sanitaria y los protocolos de actuación se modifican casi diariamente.

Es aquí fácilmente identificable la política de la vida que, desde Foucault, Fassin, Agamben o Espósito recorre esas transformaciones normativas y define sujetos responsables de su confinamiento, en términos de control revestido bajo la forma de autocuidado. También emerge, del costado opuesto de la biopolítica, una forma de tanatopolítica en los servicios de urgencias.

La categoría *emic* del paciente desestimado se construye por oposición a la del paciente viable o estimado en términos de esperanza de vida para acceder a cuidados intensivos y recibir ayuda de un respirador mecánico. Y, por tanto, el paciente desestimado aparece como el enfermo que es descartado para el tratamiento con tales recursos, en un contexto de escasez de medios materiales suficientes. La connivencia de patologías previas y/o de una edad elevada (valor numérico que en lo más crudo de "la curva de la Covid-19" descendía dolorosamente cada semana) determina que el paciente desestimado ingrese en planta con un tratamiento paliativo de oxígeno y antibióticos y con medicación que opera como ensayos clínicos. Se dibuja, pues, la aptitud para el derecho al hacer vivir y se convierte en un dejar morir.

Palabras-clave: Paciente desestimado; antropología médica; biopolítica; tanatopolítica; Covid-19.

Abstract

The new scenario of social interaction in times of pandemic resizes the potential of virtual ethnography. Interviews with health professionals reveal how not only does an overload of work, stress or emotional tension fall on them, but also moral dilemmas arise when medical practice is mediated by the health emergency and action protocols are modified almost daily.

Here it is easily identifiable the politics of life that, from Foucault, Fassin, Agamben or Espósito, runs through these normative transformations and defines subjects responsible for their confinement, in terms of control encased in the form of self-care. A form of thanatopolitics in the emergency services also emerges from the opposite side of biopolitics.

The emic category of the rejected patient is constructed in opposition to that of the viable or estimated patient in terms of life expectancy to access intensive care and receive help from a mechanical ventilator. And, therefore, the rejected patient appears as the patient who is discarded for treatment with such resources, in a context of insufficient material resources. The collusion of previous pathologies and / or a high age (numerical value that in the crudest of "the curve of COVID-19" painfully descended every week) determines that the rejected patient is admitted to the ward with a palliative oxygen treatment and antibiotics and with medication operating as clinical trials. Thus, the aptitude for the right is drawn by making live and it becomes a letting die.

Keywords: Dismissed patient; medical anthropology; biopolitics; thanatopolitics; Covid-19.

Introducción

La presente investigación es fruto tanto de la necesidad de hacer explícito un problema como de la posibilidad de acceder a datos y a informantes o a fuentes bibliográficas *online*. Un contexto como el actual, de pandemia, ofrece gracias a Internet posibilidades a la investigación cualitativa que permiten mantener una interacción limitada pero rica desde la que acceder a las prácticas sociales en que los sujetos despliegan su hacer y su decir. El confinamiento físico no impide esa interacción *online*, sino que densifica los intercambios virtuales y los dota de nuevos sentidos, sinestésicos, que permiten mantener los vínculos sociales y que pueden ser utilizados para un trabajo de campo diferente, propio del nuevo siglo en el que se desarrolla.

Con posterioridad a la elaboración del grueso del estudio se han incorporado puntualizaciones, fruto de algunas observaciones realizadas durante el verano de 2020 si bien el trabajo se ofrece tal como quedó reflejado en el punto en que se analizó el problema, en medio de la crisis sanitaria, a finales de mayo de 2020.

1. Etnografía de la urgencia, etnografía en la Urgencia

El trabajo de campo iniciado desde los primeros días del confinamiento, en la segunda mitad de marzo de 2020, se ha caracterizado por la polisemia de un término hasta ahora no discernida: la urgencia. Es esta una etnografía breve por esa misma urgencia en términos temporales, como una imposición del tiempo y de la incertidumbre, del riesgo y de la preocupación, en que urgencia y rapidez se confunden. Pero es también una etnografía en la Urgencia, en un lugar / no-lugar en el que Clifford Geertz y Marc Augé confluirían, que éste último caracteriza como el espacio hospitalario en el que se recibe la muerte (Augé, 2002: 83), y que emerge como espacio posible, en una aproximación virtual, de producción de material empírico para el análisis etnográfico.

Se destaca la importancia de las redes informales y de vínculos personales establecidos previamente, parte de ellas desde la condición de enferma crónica, frente a la negativa de las gerencias hospitalarias para permitir un acceso a las y los informantes. Ello ha posibilitado el trabajo con personal sanitario en los diferentes niveles profesionales en la estructura asistencial de la sanidad pública, es decir, celador/a, auxiliar de enfermería, enfermera/o y facultativo en diversas especialidades, especialmente internistas. Así mismo, se ha podido mantener el mismo tipo de contactos con informantes familiares de enfermos y enfermas de Covid-19 diagnosticados durante la primavera de 2020, tanto respecto de su experiencia de la enfermedad encarnada en sus seres queridos como en la de la muerte de los mismos.

La etnografía virtual ofrece nuevas posibilidades metodológicas. No sólo la entrevista virtual, para la que la pantalla es a la vez un límite y una ventana desde la que observar también gestualidades y que sólo nos sustrae de la evocación de los aromas y del tacto. Los foros, además, ofrecen un espacio sugerente de observación y análisis de discurso. Tanto la realización de entrevistas semiestructuradas, sintéticas y precisas, como la conversación informal por teléfono y chat en redes sociales virtuales ha permitido aprovechar todas las posibilidades de “lo virtual” para una investigación que es, a la par, un aprendizaje de la pandemia.

Esta pequeña investigación, sostenida sobre la hipótesis de que la aplicación de criterios que evidencian un *dejar morir* de pacientes infectadas e infectados ante la falta de recursos es negada y a la vez tácitamente aceptada desde el *dejar hacer* en la comunidad política, plantea el objetivo de

sacar a la luz la existencia de estas prácticas, iconizadas en la categoría *ética* de “paciente desestimado” o desestimada, más allá de la crítica mediática o el discurso de la protesta política. Así mismo, se pretende contrastar con la formulación institucional de criterios de actuación, de una norma frente a ello y el cuestionamiento de su aplicabilidad. Además, se busca revelar cómo los cuidados procurados por el personal sanitario han supuesto un coste elevado para los y las profesionales de la salud, y que es especialmente evidente en las mujeres que desempeñan su trabajo en esta forma que los cuidados adquieren fuera del hogar.

La imagen cinematográfica del acceso al Servicio de Urgencias de un hospital durante una guerra, en que los profesionales sanitarios deciden quién tiene posibilidades de sobrevivir con apenas fijar la mirada, ofrece una descripción gráfica de la metáfora bélica aplicada al triaje que ha informado el trabajo en la Urgencia. Decidir quién es tratado primero, que en condiciones normales responde a la combinación de orden de llegada y gravedad de la patología, y en función de qué nuevos criterios, ha dejado de ser una certeza con la Covid-19. La noción de medicina de guerra o de catástrofe por la que se aplican códigos a los pacientes en función no de su gravedad sino de sus condiciones previas a la infección supone un criterio de estimación o desestimación de aquellos que ha oscilado mucho en estos meses. Lo ha hecho al albur de las transformaciones normativas y los cambios de protocolos que se han sucedido durante la fase crítica de contagios masivos, ante los que se ha intentado dar respuesta desde el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social mediante la elaboración y difusión de disposiciones regulatorias, políticas destinadas a un acceso a los servicios sanitarios revestidas de equidad y cobertura constitucional en su formulación, y para las que la práctica cotidiana en la Urgencia, en muchas ocasiones, ha dado respuestas diferentes. Como señalaba una informante,

“Nos cambiaban el protocolo varias veces al día y cada vez bajaba más la edad del enfermo para ser estimado... Los abuelos ya no tienen opción” [Elena, médico internista, 35]. 12 de mayo de 2020.

Los medios de comunicación distribuyeron imágenes y grabaciones que recogían directrices para el triaje en hospitales¹ y generaban alarma social, así como noticias sobre la desestimación de pacientes ancianos y provenientes de residencias de mayores, a los que se estaba negando el acceso a la Urgencia hospitalaria. Con ello, se estaban conculcando las recomendaciones éticas que rigen el trabajo de los y las profesionales sanitarios en un contexto de práctica cotidiana de la medicina que se tornaba en horas en una situación de sobrecarga de trabajo imposible de asumir no sólo desde los medios humanos de que se disponía sino también desde la inexistencia de los recursos materiales indispensables y suficientes para ello. Desestimar a un o una paciente supone descartarle, eliminar la posibilidad de hacer viable su recuperación como sí ocurre cuando el paciente es estimado para un tratamiento intensivo.

Los y las profesionales sanitarios se han configurado, así, como instrumentos de una tanatopolítica, una política de la muerte, ni buscada ni pensada por ellos y ellas pero que ha emergido de la situación de urgencia como algo dado. El resultado para los y las sanitarios ha sido devastador, con múltiples secuelas por el denominado “estrés moral” o síndrome del *burnout*, atisbado durante la fase crítica y evidenciado durante el verano de 2020.

Desde una perspectiva de género, la carga del cuidado de pacientes afectados por Covid-19 asumidos en gran parte por mujeres, tanto en la asistencia sanitaria como en los cuidados

¹ Como muestra el video publicado en YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=5mdhfGmpMio&feature=youtu.be>, más allá de las controversias acerca de su filmación o del uso político que se ha pretendido hacer del mismo.

familiares en el hogar, ha derivado en el tratamiento psicológico posterior por estrés postraumático de personas de ambos ámbitos. La feminización del cuidado habla también de relaciones de poder insertas en la misma distribución diferencial de las tareas en el trabajo hospitalario y es un elemento de desigualdad. Como ejemplo, la conversación con psicoterapeutas que han trabajado en servicios de voluntariado telefónico para la atención por este concepto ha evidenciado cómo una mayoría de las personas que utilizaban este servicio eran mujeres, en un porcentaje superior al 70% del total:

*“Si, en realidad la mayoría de las personas a las que he atendido en este voluntariado son mujeres y sanitarias. No había caído en ello... pero si lo pienso es cierto, han soportado mucha carga en sus trabajos...”*² [Domingo, psicólogo, 28]. 4 de mayo de 2020.

Finalmente, cabe observar el fenómeno desde las nociones comunes que, como fogonazos, surgen para ilustrar los discursos de las y los informantes. Así, desde Mary Douglas (2007) los conceptos de contaminación, suciedad y tabú aparecen ligados, junto a la imagen del estigma goffmaniano que rápidamente se disemina como hace cuarenta años lo hiciera respecto al del VIH, ahora ante un nuevo virus, en las construcciones sociales que han ido conformando el imaginario de la pandemia:

“Ya todo el hospital es una ‘zona sucia’. Tocar cualquier cosa puede contagiarte... Y llegas a casa pensando en no contagiar a tu familia. Es horrible. Los que saben dónde trabajo me miran raro, me hacen sentir mal...” [Mónica, auxiliar de enfermería, 43]. 25 de marzo de 2020.

Pensar estos discursos, enunciados por las y los informantes mientras sus cuerpos se observan en tensión, crispados, lleva a dialogar con un marco teórico más amplio desde el que comprender el fenómeno social, el hecho social total en el sentido maussiano en que se ha convertido la pandemia, respecto a las formas de gubernamentalidad que están siendo puestas en juego y los modos en que se ejercen formas de biopoder, como a continuación se expone.

2. Un marco teórico desde el que entender lo ininteligible

Las formas de regularización de poblaciones fueron analizadas por Michel Foucault desde el control de los cuerpos de la biopolítica (Foucault, 1977: 168), entendida como un poder sobre la vida desde las políticas higienistas iniciadas en el siglo XIX hasta las políticas sanitarias desarrolladas en los estados de bienestar. Así, los gobiernos dejan recaer sobre el sistema médico la decisión de detraer los recursos que posibilitan hacer vivir, mediante la utilización de tratamientos paliativos, pero limitando el acceso a las unidades de cuidados intensivos y a los respiradores artificiales a quienes tienen mayores posibilidades de supervivencia, ante la escasez de recursos, dejando morir a personas cuya posibilidad de supervivencia es menor.

Desde la propuesta foucaultiana autores como Giorgio Agamben y Didier Fassin han profundizado en la dimensión de las políticas de la muerte. Quienes son objeto de estas políticas dirigidas a los cuerpos para “dejar morir” se encuentran sometidos a desigualdades, sobre ellos opera una jerarquización de exclusiones que en esta forma de gobierno define un poder positivo que no quita la vida, no prohíbe, sino que otorga la libertad para favorecer o dejar decaer la vida y produce, por tanto, efectos sobre ella. Es un poder que las instancias de gobierno delegan en las y los médicos como una forma de auto coacción para que, en el contexto de crisis sanitaria, generen

² En ulteriores conversaciones con este psicólogo, durante el verano de 2020, ha referido que parte de las personas que atendió como voluntario han continuado, con él o con compañeros o compañeras, en tratamiento por estrés postraumático.

soluciones. Es decir, son sometidas y sometidos a dispositivos específicos que confrontan al sujeto contra sí mismo y su moral personal y ética profesional. Esas exclusiones son las que, en última instancia, se decantan según criterios de edad, de patologías previas o de esperanza de vida, para el acceso a los recursos, en lo que Fassin denomina biodesigualdades que legitiman para decidir el tipo de vida que es posible o no vivir y por quiénes lo es. Este autor habla de las decisiones implícitas o explícitas sobre ello cuando señala que *“las opciones en términos de salud y de políticas sociales, sobre empleo y programas de vivienda, educación y bienestar social, tienen impactos concretos y mensurables sobre la expectativa de vida, que es la duración promedio de la vida”* (Fassin, 2010: 39).

Agamben investigó también la relación entre las políticas de la vida y de la muerte, el tránsito de la existencia jurídica a la nuda vida de la persona desterrada de la comunidad jurídico-política que puede ser dejada morir sin castigo (Agambén, 2006: 18). Estos *homines sacri* son ahora aquellos a quienes se niega el acceso a los recursos médicos que permiten mantener la vida de modo que la desigualdad se configura en la marginalidad de la exclusión médica a partir de la información contenida en los expedientes clínicos. Es decir, es una forma de exclusión que justifica la tanatopolítica por omisión o dejación de los cuidados a los meramente paliativos. Para este autor, las políticas de la vida y las de la muerte están unidas por una relación diferencial de valor que determina que no todas las personas valen lo mismo.

Desde el paradigma de la inmunización, Roberto Espósito (2009) identifica la conexión entre vida y política desde una doble perspectiva, aquella en la que la inmunidad protege y desarrolla la vida y esa otra que lleva a la destrucción y el aniquilamiento. Habla de una racionalidad inmunitaria en la que la política de la vida se transforma en tanatopolítica desde el sentido negativo del dispositivo inmunitario y su derivada en cuanto a control de la libertad de los individuos cuando el sujeto es leído como mero material biológico deteriorado y, por tanto, desechable. Así, la medicina se impregna de un contenido político, de un modo paralelo a un proceso de medicalización de la política como este al que todos asistimos ahora. El biopoder, entendido como politización de la vida y de la muerte, estaría dando paso en el panorama actual a una politización de la actuación médica al mismo tiempo que la práctica médica se ha impregnado del discurso político.

Rodrigo Parrini toma de Joao Biehl la noción de zonas del abandono para visibilizar las prácticas sociales en las relaciones entre migrantes e instituciones en la frontera sur de México en términos de posible amenaza para el contagio de enfermedades a la población local. Define un imaginario global de las epidemias en la distinción entre un “nosotros” a quienes cuidar y un “los otros” a quienes expulsar en las políticas del Estado mexicano que se declinan en el aparato médico (Parrini, 2015). Estos dispositivos médicos que operan sobre los cuerpos le llevan a definir lo que denomina la biopolítica del abandono en las prácticas institucionales que limitan *“el acceso a la salud como un derecho humano fundamental”* (Parrini, 2015: 115). Y son dispositivos traspuestos de un modo implícito en las prácticas ahora investigadas, donde la desigualdad económica y su derivada de bienestar corporal delimita desigualdades en la confluencia de salud, pobreza y edad que conforman criterios de desestimación, y por lo tanto de exclusión, para la atención médica. Como señala Parrini (2015: 122), estos criterios llevan al abandono y a la privación de los derechos de estos sujetos.

Desde este marco conceptual las formas de tanatopolítica identificadas en la práctica médica se construyen en el discurso y se confrontan con una normativa de difícil aplicabilidad, tal como se muestra en el trabajo cotidiano de los y las profesionales sanitarios.

3. Práctica de las políticas de la vida y de la muerte

En aplicación de las recomendaciones sanitarias desde el Ministerio de Sanidad el triaje se sostiene sobre tres elementos, identificar, aislar e informar. La segunda mitad del mes de marzo de 2020 lo inabordable de la situación hizo imposible establecer un criterio claro y los protocolos se modificaban sobre la marcha. A primeros de abril el *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de Pandemia: el SARS-CoV-2, de 2 de abril de 2020* unificaba el criterio para las recomendaciones éticas, para “ofrecer un conjunto de conclusiones y recomendaciones que ayuden a la toma de decisiones en la aplicación de medidas terapéuticas y de cuidados a pacientes afectados por Covid-19, en una situación de pandemia marcada por la limitación de recursos” (Ministerio de Sanidad, 2020: 2).

Este informe enuncia la aplicación de las medidas extraordinarias requeridas, de restricciones de derechos individuales en favor del interés común, y de la necesidad de priorizar. Apela a principios de equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia, pero, además, introduce la noción de escasez de recursos temporal o duradera como causa para el establecimiento de criterios de priorización de acceso a dichos recursos y la ponderación de los aspectos individuales de cada paciente (Ministerio de Sanidad, 2020: 2). Analizando el discurso de este documento es posible evaluar lo que supone traducido a posibilidades de supervivencia para las personas:

La presencia de criterios de justicia distributiva en los protocolos se traduce en la priorización en función de las mejores esperanzas de vida para la derivación a las unidades de cuidados intensivos frente a la remisión a unidades de cuidados paliativos en planta de pacientes con “límites terapéuticos”, de pacientes que están siendo desestimados. Así pues, la esperanza de vida aparece como un criterio que se instituye en objetivo fundante para el acceso a los recursos sanitarios, en términos de aptitud para el derecho a hacer vivir o dejar morir, donde la categoría del paciente desestimado se objetiva como instrumento de tanatopolítica, es decir, como herramienta en el ejercicio del poder sobre la vida.

La referencia a un contexto de escasez y falta de medios, de camas en unidades de cuidados, de respiradores, pero también de equipamiento de protección y de medios humanos, unido a la definición de una situación de excepcionalidad, lleva a la lectura de la elección racional en el contexto neoliberal de la noción de idoneidad frente a la saturación de los servicios. Pero bajo esa idoneidad quedan todas las personas que, dadas las desigualdades existentes, no pasan ese tamiz economicista. Así, las recomendaciones del documento imponen la prevalencia de los intereses generales, la protección de la salud, la dotación de criterios claros para las y los profesionales facultativos, y determinan criterios de no discriminación por las expectativas objetivas de supervivencia, por cuyo cumplimiento velarán las Administraciones públicas. Sin embargo, los datos cualitativos obtenidos apuntan a que estos criterios generales aplicables de protección, que son desarrollados en el documento de referencia, no han podido cumplirse en muchas ocasiones en lo relativo a las “expectativas objetivas de recuperación del paciente en el corto plazo” (Ministerio de Sanidad, 2020: 8) o a las decisiones sobre cuidados intensivos de pacientes vulnerables (Ibídem, 2020: 9).

En su aplicación respecto al proceso del triaje se suscita la cuestión del modo de gestionar poblaciones en el contexto de pandemia, en el tratamiento de las personas como vigilantes de sí mismas y para las que acudir o no a la urgencia médica es además de una decisión de salud también

una decisión política, en tanto que sirve a la vez para el control de la enfermedad y para el control del contagio. La selección que supone triar a un paciente deviene un acto moral cuando tras esa selección se hace explícita la posibilidad de dejar morir. Y, respecto de las transformaciones que la actuación frente a la Covid-19 introduce en tal selección, normalmente reglamentados por protocolos estandarizados, el testimonio de esta informante muestra su preocupación cuando comenta:

“Doy gracias por ser enfermera y no médico, porque no es mía la elección de estimar o no a un paciente, tras el triaje inicial. Esto no es humano, no es una decisión que creo que podamos o debemos tomar. No sé, no deberían dejar que la tomasen los médicos... ¡Porque eso se lo llevan a casa y tienen que vivir con eso!” [Alba, enfermera, 25]. 25 de marzo de 2020.

Luego la desestimación de pacientes y el descenso en el criterio de edad aplicable a la misma ha existido antes y después de la normativa precitada, la categoría del paciente desestimado se construye en los límites de acceso al tratamiento terapéutico adecuado y en la derivación a cuidados paliativos para la infectada o el infectado por Covid-19 en planta y no en un tratamiento intensivo. Es decir, se configura en la distinción entre acceder o no a un respirador artificial cuando estos no son suficientes para todas las personas que se han infectado, y cuando el tratamiento sustitutivo es el suministro de oxigenoterapia, analgesia y antibioticoterapia, combinados en su caso con el acceso a propuestas terapéuticas vinculadas a la participación en ensayos clínicos.

Otro aspecto de la infección por Covid-19 está siendo suscitado respecto a la calidad de vida y las secuelas para las personas que sobreviven a una manifestación aguda de la infección. Ello se configura como un elemento más de desestimación de pacientes, tal como recoge el testimonio de esta informante:

“Mi marido lleva tres meses en el hospital y de ellos cinco semanas en la UCI. Es joven, tiene 65 años y se jubilaba a finales de marzo. Pero ya me han dicho que gracias a que ingresó antes del confinamiento tuvo derecho a un respirador, que si no estaba por ver... Que ahora le queda mucha recuperación, que tiene que volver a aprender a andar, que tendrá secuelas y que los pacientes que ya vienen malos de antes no lo pueden superar...” [Josefina, familiar de paciente de Covid-19, 59]. 25 de mayo de 2020.

Una última arista del problema, antes ya apuntada, se refiere a la denegación de acceso a pacientes provenientes de residencias de ancianos por esta presuposición de dificultad para afrontar la curación por sus antecedentes personales. En un elevado porcentaje de ellos y ellas se dan los dos criterios de existencia de patologías previas y de edad elevada, problematizados tradicionalmente en el sistema sanitario. El deterioro en la movilidad de estas personas, las afecciones coronarias, pulmonares, las limitaciones cognitivas o el cáncer limitan su esperanza de vida.

Conclusiones.

Se evidencia, pues, la colisión entre un modelo médico neoliberal que atiende a criterios económicos frente a criterios estrictamente médicos y que se ha mostrado incapaz de ofrecer soluciones ante una situación de crisis epidémica. Y se pone también de manifiesto cómo el control de poblaciones establece una jerarquización de exclusiones legitimadora de prácticas clínicas marginales que ahora salen a la luz, formas de tanatopolítica legitimadas, biopolíticas del abandono. Desde una perspectiva revisionista de este modelo, el valor de la vida, de todas las vidas que es preciso hacer vivir y no dejar morir se torna central frente a la desestimación de los y las pacientes en la urgencia.

Las y los profesionales sanitarios en este proceso han sufrido también un coste, el de la toma de decisiones en el plano formal y en el moral, el de la carga de trabajo ingente, pero se ha evidenciado como ese coste es diferencial en las trabajadoras del sector de la salud y un elevado deterioro emocional que aún pervive, vinculado tanto a su tradicional implicación en los cuidados como al desempeño de sus tareas más cercano a los y las enfermos. Y este diferencial persiste en los cuidados que las familiares de aquellos han venido desempeñando en los hogares tras las altas médicas.

Mostrada la jerarquización que discierne entre unas vidas que valen más que otras, durante el confinamiento el autocuidado se redefine en la necesidad de una distancia social a la que subyace una forma de disciplinamiento en la comunidad política, que se entiende como auto impuesta aun cuando parte de disposiciones de control externas. Si la esperanza de vida es el criterio objetivo para acceder al tratamiento, el cumplimiento de las normas de distanciamiento define posiciones de sujeto alineados con la norma. Pero, por otro lado, se constata cómo tal disposición, entendida como las instrucciones que debieran ser de aplicación, no tiene un claro efecto y cómo las prácticas de desestimación de pacientes se han producido y han continuado produciéndose ante las carencias del sistema sanitario.

Bibliografía

- Agamben, G. (2006 [1998]) *Homo sacer I. El poder soberano y nuda vida*, Valencia, Pre-Textos.
- Augé, M. (2000 [1992]) *Los no lugares, espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*, Barcelona, Gedisa.
- Douglas, M. (2007 [1966]) *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Buenos Aires, Nueva visión.
- Espósito, R. (2009) *Inmunitas: protección y negación de la vida*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Fassin, D. (2010) "Otra política de la vida es posible: crítica antropológica del biopoder". En V. Lemm (ed.) *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*, Santiago de Chile, Universidad Diego Portales.
- Foucault, M. (1977) *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, Siglo XXI, México.
- Geertz, C. (2003 [1973]) *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa.
- Goffman, E. (1989) *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020) *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de Pandemia: el SARS-CoV-2, de 2 de abril de 2020*. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf [Consultado: 12-04-20].
- Parrini, R. (2015) "Biopolítica del abandono: migración y dispositivos médicos en la frontera sur de México", *Nómadas*, 42, Univ. Central de Colombia, pp. 111-117. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5428016.pdf> [Consultado: 05-05-2020].