

Una bioética de andar a pié. Análisis en torno a la biopolítica, la biomedicina y la bioética intervencionista y/o latinoamericana del siglo XXI.

Lucía Ríos

Universidad Nacional de Córdoba

luciaríos5@hotmail.com

I. Introducción

Considero oportuno, amén de que el presente trabajo se centra en la noción de biopolítica acuñada por Nikolas Rose, hacer una breve mención, un breve paso por Foucault y su modo de comprender lo biopolítico, ya que Rose no sólo no es ajeno a este pensamiento sino que lo utiliza como base precedente para remarcar qué es lo que él encuentra como “novedoso” en esta biopolítica del siglo XXI. Pensada en este contexto, veremos cómo la bioética también va construyendo sus recorridos epistemológicos amplios, desplazándose desde una bioética *principalista* hacia una *intervencionista*, forjada en nuestras latitudes e imbuida por nuestras problemáticas y condiciones históricas y estructurales, como parte de un movimiento en donde el sur comienza a pensarse a sí mismo desde sus propios vectores.

El intento en este trabajo será mostrar cómo esta nueva ola constituida por la bioética intervencionista o latinoamericanista llega hasta la ciudad de Córdoba, más específicamente al Comité de Bioética Clínica que ejerce sus funciones –o pauta como centro de operaciones- en el Hospital Municipal de Urgencias de dicha ciudad, y en donde se generó en el año 2012 una guía denominada *Muerte digna. Guía para la Adecuación del esfuerzo terapéutico* (Soriano et al, 2012). Para ello realicé diversas entrevistas a todos los miembros de la comisión ad hoc, de las cuales por cuestiones de espacio tomaré como referencia las brindadas por Soledad Ripoll, Jose Viñola, Rodolfo del Boca, Lourdes Abranchi, Viviana Giacomelli, Carlos “Pecas Soriano”, cuyas trayectorias serán especificadas en el transcurso del escrito, en notas al pié. Mediante estas indagaciones es posible ver como se establece a través de su elaboración un vínculo entre la disciplina médica, la institución –en el cuerpo del equipo de salud-, la comunidad –pacientes y familiares- y la justicia sanitaria, puntos nodales todos en la conformación del saber teórico y práctico de la bioética latinoamericanista.

II. La biopolítica en Michel Foucault.

Andar un camino posible hacia la biopolítica en términos de Foucault nos lleva a trabajar sobre su libro *Defender la sociedad* (Foucault 2010) donde hace mención de un elemento característico del siglo XIX, un nuevo modo de ejercicio del poder,

Uno de los fenómenos fundamentales del siglo XIX fue y es lo que podríamos llamar la consideración de la vida por parte del poder (...) un ejercicio del poder sobre el hombre en cuanto ser viviente, una especie de estatización de lo biológico, o al menos cierta tendencia conducente a lo que podría denominarse la estatización de lo biológico (Foucault, 2010, p.217)

Es en el derecho político del siglo XIX donde se produce una transformación que logra penetrar el derecho de soberanía transformándolo hasta constituir un poder inverso, el de *hacer vivir y dejar morir*, generándose una nueva tecnología de poder que incluye la técnica disciplinaria previamente aplicada. Al respecto, Foucault señala que

A diferencia de la disciplina, que se dirige al cuerpo, esta nueva técnica del poder no disciplinario

se aplica a la vida de los hombres, e incluso, se destina por así decirlo no al hombre/cuerpo sino al hombre vivo, al hombre ser viviente, en el límite, si lo prefieren, al hombre/especie (...) la disciplina trata de regir la multiplicidad de los hombres en la medida en que esa multiplicidad puede y debe resolverse en cuerpos individuales que hay que vigilar, adiestrar utilizar y eventualmente, castigar. Además la nueva tecnología introducida está destinada a la multiplicidad de los hombres pero no en cuanto se resumen en cuerpos sino en la medida en que forma, al contrario, una masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etc. Luego de la anatomopolítica del cuerpo humano, introducida durante el siglo XVIII, vemos aparecer, a finales de éste, algo que yo no es esa anatomopolítica sino lo que yo llamaría una biopolítica de la especie de humana (Foucault, 2010, p. 220)

III. La biopolítica y la biomedicina en Nikolas Rose

Nikolas Rose (2012) en *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI* plantea que los cambios suscitados en la biopolítica se han sucedido en el nivel de las racionalidades y tecnologías de gobierno, habiendo una reorganización de los poderes del Estado y una delegación de responsabilidades en el campo de la salud y a la reproducción humana, ya sea en cuerpos regulatorios cuasi autónomos, empresas, comités de bioética, etc. aumentando el énfasis en que los individuos comiencen a hacerse cargo de estas cuestiones. (Rose, 2012, p. 26). Entonces,

La novedad de la biopolítica contemporánea radica, tal vez, en la percepción de que hemos experimentado una “variación brusca”, un aumento cualitativo de la capacidad de modificar nuestra vitalidad, nuestro desarrollo, nuestro metabolismo, nuestros órganos y nuestros cerebros. Esta variación brusca entraña un cambio de escala (Rose, 2012, p.27)

En este *cambio de escala* la existencia de seres humanos - *yoes biológicos* -se vuelve foco de gobierno y objeto de nuevas formas de autoridad y conocimiento especializados. Hay una “ética somática” que otorga un lugar central al cuerpo, donde los seres humanos se relacionan consigo mismos en calidad de *individuos somáticos*. (Rose, 2012, p.30). El *conocimiento somático especializado* constituye un ámbito de aplicación de esta biopolítica, siendo que dentro de las maneras de gobernar la conducta humana hay un surgimiento prolífico de una multiplicidad de sub-profesiones, *especialistas pastorales*, generando un nuevo corpus de conocimiento especializado que recibe el nombre de *bioética* “que se atribuye la capacidad de evaluar estas actividades y tomar decisiones en relación con ellas, y se ha aplicado a la tarea de gobernar y legitimar prácticas biomédicas en el laboratorio, la clínica y el mercado” (Rose, 2012, p.31).

El quinto ámbito que menciona Rose es el de las *economías de la vitalidad*, donde hay un nuevo *biovalor* vinculado, nuevos vínculos entre verdad y capitalización y entre la demanda de valor para el accionista y el valor humano que entraña la esperanza y la posibilidad de la cura y de una optimización en la calidad de vida. (Rose, 2012, p.31) Siguiendo el hilo entre bioética y biopolítica, sugiere que

El aparato de la bioética ha alcanzado su actual prominencia en la biopolítica contemporánea como resultado de los problemas que entraña gobernar la biomedicina en una era de elección y automaximización en la que el cuerpo y sus capacidades se han vuelto fundamentales para las tecnologías en la yoidad (Rose, 2012, p. 33)

Esta biopolítica contemporánea de la que habla Rose es una *biopolítica molecular* donde la mirada molecular complementa, si es que no suplanta, la mirada clínica. Esta biopolítica afecta los diversos modos de movilizar, controlar, o asignar propiedades y combinar procesos que previamente no existían. La biopolítica en Rose se define entonces como

Estrategias específicas que esta perspectiva trae al campo de visión, estrategias que suponen luchas en torno de los modos de en que deben problematizarse la vitalidad humana, la morbilidad, la mortalidad morbilidad, respecto del nivel y las formas deseables de intervención requerida, acerca del conocimiento, los regímenes de autoridad y las prácticas de intervención que resultan deseables, legítimas y eficaces (Rose, 2012, p.127)

Planteado así el panorama, quisiera ahora detenerme es este corpus de conocimiento denominado *bioética*, en vinculación a esta nueva biopolítica, sus poderes pastorales y sus nuevas formas de autoridad. Para el autor, “la bioética puede funcionar como dispositivo de legitimación de las técnicas de regulación y gobierno a la hora de ocuparse de éstas cuestiones tan controversiales de la vida y su administración” (Rose, 2012, p.500)

En lo que sigue veremos cómo la corriente denominada bioética *intervencionista* o *latinoamericana* se define a sí misma.

IV. En torno a una bioética *intervencionista*

Según el *Diccionario Latinoamericano de Bioética*¹ (Tealdi et al., 2008) el término *bioética* fue acuñado por primera vez en 1970 por Van Rensselaer Potter, oncólogo norteamericano, definida en primera instancia por la necesidad de “acompañar el desarrollo científico y tecnológico de una reflexión ética que tome en cuenta de modo muy explícito los valores y la totalidad (la sociedad global y la naturaleza, la biosfera)” (Tealdi et al., 2008, p.7) Conocida también como *bioética principalista*, ha estado enfocada en el individuo, en cuestiones médicas y biomédicas, en las relaciones establecidas entre médicos y pacientes. Se encuentra basada en cuatro principios fundamentales: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

Desde sus comienzos, la bioética no pudo desligarse de situaciones propias de un nivel “macro” y se vio atravesada por vectores políticos, sociales, culturales, económicos, etc. A raíz de ello, en la década de los noventa con el proceso de globalización en los países llamados “periféricos”², en América Latina comenzaron a surgir diversas escuelas de pensamiento y nuevos temas de preocupación ética con un abanico más amplio que aquel al que se circunscribía la bioética principalista. Aparece en escena una nueva bioética, una bioética *social* arraigada en las nociones de “justicia social”, “justicia sanitaria” y “equidad”, como condiciones propias a ser atendidas en los países latinoamericanos o “periféricos”, atendiendo 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, lejos de las ambiciones que se había propuesto la bioética principalista de los 70.

En el trabajo de campo que aquí nos compete, veremos el modo en el cuál se elaboró la Guía Muerte Digna, para mostrar como en dicho proceso de elaboración aparecieron como puntos nodales la demanda de la institución como así también de la comunidad, generándose entre ellas un vínculo implícito y a veces imperceptible por parte de la comisión pero que constituyen uno de los puntos centrales de labioética, la relación médi-

1 Utilizaremos este diccionario como fuente de información dado que, en primer lugar, la multiplicidad de sujetos –disciplinas- intervinientes nos permite abordar las diversas problemáticas desde aristas varias y reconocer cuáles son las distintas discusiones que se están dando al interior de la bioética respecto a diversas problemáticas que atañen a este nuevo campo de conocimiento. En segundo lugar, al tener una perspectiva latinoamericanista, nos permite adentrarnos al tipo de bioética que se pretende realizar desde la Red Municipal de Bioética del Hospital Municipal de Urgencias, y de esa manera lograr una mayor comprensión del lugar de enunciación que aquí nos atañe.

2 Con periféricos nos referimos a los conocidos como países del tercer mundo o en vías de desarrollo, a sabiendas de que la referencia en cuanto a periféricos se desprende de una tradición de pensamiento donde Europa y posteriormente Norteamérica se organizarían en el mapa geopolítico mundial como el/los centros mientras que los restantes países se constituirían como periferias o márgenes de los mismos. Respecto a la crítica política y epistemológica puede consultarse a pensadores tanto de la corriente poscolonial como del pensamiento filosófico latinoamericano, tales como Said, Bhabha, Quijano, Spivak, Roig, Mignolo, entre otros.

co-paciente, traducido aquí en términos de equipo de salud-comunidad/familia, como así también la justicia sanitaria como elemento propio de las condiciones que deben ser revisadas para que la salud pueda brindarse de modo adecuado, todo ello atravesado por los basamentos de la disciplina y el saber médicos, que muchas veces han sido cuestionados en su accionar por los principios de la bioética

V. Muerte Digna, Guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico.

En el primer trimestre del año 2010 el Comité Hospitalario de bioética conformado por trabajadoras sociales, médicos, un psiquiatra y un enfermero, ubicado en el Hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba recibió una serie de consultas sobre casos que implicaban considerar la adecuación del esfuerzo terapéutico, casos de *muerte digna*, siendo menester trabajar con el aporte de otras disciplinas para brindar una respuesta efectiva a familiares y pacientes. A tales fines, se realizó una convocatoria a conformar una comisión ad hoc, para dar la discusión al interior del hospital. A esta situación se le sumaba la demanda de familiares de personas en situación terminal ante el desconocimiento de cómo se debía actuar ante estos casos. El hospital no presentaba para entonces ninguna guía de adecuación de esfuerzo terapéutico ni escrita ni protocolarizada para ser aplicada en estas “situaciones límite” que afrontaba la institución de manera constante, ya que por el estado mismo de los pacientes que ingresaban al hospital, los casos de irreversibilidad eran cotidianos.

Planteada así la situación, se llevó a cabo un plan de trabajo dividido en cuatro etapas enunciadas y definidas en la Guía Muerte Digna; la información que sigue fue obtenida de esa fuente y luego corroborada por varios de los entrevistados.

Tal como señala Soledad Ripoll³, coordinadora del Comité de Bioética y miembro de la comisión *ad hoc*

“nosotros pedimos a la dirección que convocara a los diferentes servicios, un representante de cada servicio, de los que nosotros sugerimos, o sea no todos los servicios del hospital porque es imposible, pero los que trabajaban directamente con el paciente, principalmente el neuro-crítico. Entonces la dirección convoca a...bah, larga un memorándum a los diferentes servicios y cada servicio manda un representante y un suplente para formar esta comisión”

La comisión *ad hoc* se crea entonces con la finalidad de elaborar una guía de adecuación de esfuerzo terapéutico, y se compuso en forma interdisciplinaria con representantes de distintos sectores del hospital en vinculación con pacientes neuro-críticos o en estado vegetativo, como lo señalaron Ripoll y Lourdes Abranchi⁴ en la primer entrevista realizada el 1° de abril de 2014.

VI. ¿Solos o acompañados? Los sujetos intervinientes en la elaboración

De acuerdo a los entrevistados, el proceso de elaboración de la guía se llevó a cabo por el personal convocado y designado a tales efectos, de lo cual a simple vista una podría inferir que los sujetos intervinientes en el proceso de elaboración se limitó al equipo de salud o a personal “autorizado” perteneciente a la institución..

El intervenir que sugiero no sólo refiere a las personas que escribieron el material o las discusiones que se sucedieron en el aula del segundo piso donde operaba la comisión. Entiendo también como sujetos intervinientes desde el momento mismo en el que se genera la inquietud hasta el proceso de edición, tanto a los pacientes como a los familiares que presentaron la inquietud, receptada en primera instancia como inquietud

3 Trabajadora social de 45 años, jefa del área de Servicio Social del HMU, quien desempeña sus funciones como miembro de planta permanente del hospital desde hace más de 10 años

4 Trabajadora social de 33 años, que desempeña sus funciones en el área de Servicio Social del HMU en calidad de contratada

del equipo de salud, para, a medida que el proceso se vio en instancias más avanzadas, acabar siendo parte de los derechos del paciente en su aplicación con el previo conocimiento del material que conformaba la guía. Al respecto, cuando se le preguntó a Rodolfo Del Boca⁵ en la entrevista realizada el 1 de abril de 2014 si había sentido la demanda por parte de familiares y de pacientes, encontramos que:

“Si... a veces no lo abordan porque no lo quieren abordar por la parte médica porque les ocupa más tiempo, y por parte de los pacientes...si...igual hay muchos que no lo saben...y la sociedad viene del doctor Dios y están muy acostumbrados a eso, y más todavía los pacientes que no tienen medios o que no tienen cultura, pero en cuanto lo descubren o ven la punta del ovillo les interesa muy mucho abordarlo y se sienten muy contenidos cuando lo abordan y lo hacen bien. Creo que en eso, a pesar de que la cantidad de casos de acá con respecto a la población son pocos, pero realmente para nosotros son muchos, porque terminan siendo representativos de todos...”

En el hospital generar el nexo entre el “adentro” de lo que sucede en la institución y el “afuera”, que se presenta en un punto como un universo extraño y/o ajeno y a su vez interpela lo que sucede en el “adentro”, suele ser problemático o al menos generar cierta conflictividad. En las reuniones del comité de bioética de la que formé parte como “Miembro de la comunidad” y como observadora participante, la constante fue la necesidad de “trabajar con la gente” “volcar a la comunidad” “hacer el puente” “caminar en el barro”⁶—en referencia a salir de la institución- De hecho, a finales del 2013, lo largo del 2014, y lo que viene del 2015, la apuesta fue trabajar no solo con diversos “Miembros de la comunidad” —adolescentes, centros vecinales, ancianos en hogares- sino que el comité se desplazara a estas otras instituciones/espacios para que no quedara la práctica circunscripta a un lugar con exclusividad.

Otro elemento a destacar respecto a las “voces intervinientes” en los debates y en los casos a tratar, es el que rescata Soledad Ripoll, indicando que

“...también intervinieron en cierto modo los familiares de los pacientes, nosotros desde el comité llevamos los casos, o sea no es que intervinieron directamente, pero si llevamos los casos en donde nos habían pedido la adecuación de esfuerzos terapéuticos entonces sumamos la voz de los familiares a través de los diferentes casos que trabajamos en el comité de bioética.”

Respecto a la demanda que surgía por parte de los profesionales, mencionaremos aquí a título de ejemplo lo que implicaba el “no saber qué hacer”, un no saber no por carencia de información o de formación, sino por los calibres que comenzaba a adquirir la situación respecto a estos pacientes terminales o neuro-críticos.

Soledad Ripoll señalaba que

“El tema es que, es el tema de la deshumanización que veíamos en estos pacientes, eh, la falta de atención adecuada, o sea... porque este hospital, o sea, a pesar de no estar adecuado para este tipo de atención porque no había neuro rehabilitación que es lo que se necesitaba, el deterioro era muy grave en el paciente, escarados, cada vez con menor respuesta al entorno y entraban en estados... entonces vos veías realmente que esa persona ya no era esa persona y la misma familia nos decía, y escuchar principalmente escuchar la voz de la familia que estaba pidiendo, y entonces por eso darle dignidad a esa muerte, o esa darle calidad de vida, eso fue lo que nos llevo “

De este modo vemos como durante el proceso de elaboración de la guía no fue menor la demanda del equipo de salud y el de la comunidad, generándose en esa demanda justamente el punto de encuentro entre institución

5 Rodolfo del Boca es Médico Neurocirujano mayor de 60 años, formado en la Universidad Nacional de Córdoba. Fue miembro de la comisión ad hoc y en el año 2014, momento en el que se realiza la entrevista, era sub-director de la institución. En la actualidad ya no ocupa este cargo, pero sigue desempeñándose como neurocirujano en el HMU

6 Todas estas expresiones se utilizaron en las charlas y conversaciones que se tienen al interior del hospital, en las reuniones del comité de bioética, y cuando se le preguntaba al personal que elaboró la guía como entendían ellos a la bioética que pretendían aplicar en análisis de casos a trabajar.

y comunidad, vínculo trabajado y presente en las corrientes bioéticas latinoamericanistas que pretenden pensarse desde el trabajo en conjunto con la comunidad, a quien concibe como sujeto activo, inclusive mediante la noción de *empoderamiento*, propia también de ésta bioética y que hace a que los mismos miembros de la comunidad tomen las riendas de su propio *buen vivir*

VII. De demandas y urgencias. Cronificación de camas y demás.

Aquí es importante analizar una serie de cuestiones: En primera instancia, tal como sostenía Soledad Ripoll en la entrevista realizada el 1° de abril del 2014, no es un dato menor el perfil que el hospital tiene, es el único hospital de agudos de la provincia Córdoba y a pesar de ser municipal, recibe gente de toda la provincia. Esto nos pone ante dos cuestiones a abordar. Por un lado, el problema que la cronificación de camas comenzaba a imponerse como una problemática de salud pública y de justicia sanitaria de administración estatal en tanto que el HMU, municipal, necesitaba respuestas concretas por parte de la secretaria de salud del municipio de la capital cordobesa, y por otro lado, el debate ético del “qué hacer” por parte del equipo de salud respecto a los pacientes, que estando en estado vegetativo o irreversible, o en caso de pacientes neuro-críticos generaban –sin querer- una inquietud que años después adquiriría la forma de un cambio de perfil del hospital. A raíz de esta situación, respecto a la pregunta sobre los motivos que llevaron a pensar en la realización de la guía, Soledad Ripoll señalaba que

“por el perfil hospitalario donde estábamos teniendo cronificación de camas a través de estos estados, estos estados vegetativos. Teníamos también...después también...ehhh...bueno, había que por el tema este de la justicia social, porque teníamos justicia sanitaria, porque teníamos mucha demanda de agudos, para lo que está preparado este hospital, y no teníamos cama porque estaban ocupadas, vuelvo a esto de la cronificación, durante 6 meses promedio por pacientes que no se podían derivar para una neuro rehabilitación o para volver a la casa, o para otra institución de cuidados paliativos porque ya estaban en estados irreversibles algunos, y otros muy graves neurológicamente...”

Siguiendo con el trabajo de campo, en las entrevistas realizadas estos elementos aparecían como problemáticos sino como contradictorios en relación al “que hacer” con los pacientes en estas condiciones, y la formación disciplinar que presentaban los médicos, como así también el manejo que se hace en relación a la muerte en el hospital. Considero que esto debe comprenderse en relación a lo que trabajamos en Rose donde la biopolítica del siglo XXI se comprende en relación a la biomedicina en particular y la medicina en general, y en donde, en la conformación del saber médico, la *muerte* es una noción que presenta sus “particularidades”.

Interesante también aquí lo planteado por José Viñola⁷, cuando enfatiza que en las instituciones médicas, la muerte es una mala palabra.

“En el momento de la elaboración de la guía no hubo problemas con la noción de muerte, todas las personas que integraron aceptaban la parte de la muerte, no hubo grandes conflictos. El conflicto si estaba en la institución y más cuando se los bajó. O sea, la palabra muerte es muy mala palabra, por ahí es preferible insultarle la madre a uno que hablar de muerte acá en el hospital. Porque toca y mueve fibras internas de cada uno, más allá de la preparación de la disciplina que uno tenga. Y aun hoy se sigue cuestionando si es un cadáver o un paciente. Para muchos sigue siendo un paciente, para mí, el que está muerto es un cadáver”

Imposible el no remitirnos aquí a lo planteado por Norbert Elias en *La soledad de los moribundos* (2011) en torno a los hospitales como espacios de la muerte aséptica, impersonal, burocrática.

⁷ Viñola ocupa el puesto de enfermero docente en el HMU, de mediana edad y formado en la Universidad Nacional de Córdoba. Fue miembro de la comisión ad hoc en la elaboración de la guía y trabaja en el HMU desde el año 1997.

“Tan solo las rutinas institucionalizadas de los hospitales configuran socialmente la situación del final de la vida. Crean unas formas de gran pobreza emotiva y contribuyen mucho al relegamiento a la soledad del moribundo” (Elias, 2011, p.55)

En parte, las palabras de Elias se reflejaban en el comentario de José, que vale recalcar es una expresión y un señalamiento constante en el hospital de Urgencias.

El conflicto comienza a verse más claramente en lo planteado por Viviana Giacomelli⁸, cuando refiriéndose a la situación de cronificación de camas en la entrevista del 15 de julio de 2015 en relación a la formación y la práctica médica, comentaba que

“de alguna forma hacían que siempre, especialmente los pacientes que están en la terapia que eran como uno, o sea, el médico, siempre tenía que realizar tratamientos que estaban encarnizados con el paciente con los fines de seguir manteniéndole la vida, pero sabiendo ya conociéndose de antemano cual iba a ser el final del paciente. Y eso entre lo que el médico podía hacer y que se hacía totalmente todo estaba la familia también, porque uno siempre esta hacia el paciente en sí, pero la familia también. No se sabía cómo actuar en ese momento ante lo que pedía la familia también”

A raíz de los elementos trabajados en campo vemos cómo la muerte es una dimensión problemática en la formación disciplinar de muchos de los miembros que componen hoy por hoy los equipos de salud del hospital, pensando en aquello que en el DLB se mencionaba sobre la medicina en cuanto “*reguladora técnica*” del morir.

Viii. Consideraciones finales.

A raíz del trabajo de campo realizado, las indagaciones teóricas y las interpretaciones que me permití llevar a cabo en esta investigación, traigo aquí a modo de consideraciones finales, -o al menos, finales en este escrito más abiertas a próximas indagaciones, cuestionamientos, etc,- realizar las siguientes menciones. Por un lado quedó demostrado, o al menos así lo interpreto, el modo en cual la elaboración de la guía acabó siendo efectivamente el punto intersticial donde se anudaba, por un lado la necesidad de la institución en el cuerpo de los equipos de salud, y la de la comunidad, en el cuerpo de los pacientes y los familiares, en términos de los debates éticos y morales y de necesidades concretas

El haber desarrollado el trabajo con el marco teórico presentado fue necesario para ubicarnos no sólo en la situación particular del proceso de elaboración de la guía de muerte digna, sino para dejar bien en claro que para quien escribe, estas discusiones no son ajenas a un Estado que se presenta estructurado sobre fundamentos biopolíticos que se despliegan en una multiplicidad de situaciones, y que con el paso del tiempo estas situaciones pasaron a ser objeto de “atención” del campo bioético, bioético-latinoamericanista, más específico de nuestras coordenadas. Tampoco le son ajenas las cuestiones que atañen a la biomedicina, ya que esta biopolítica del siglo XXI sigue teniendo relación no solo con la dimensión estatal sino en relación también a cómo se configuran y administran diversas subjetividades, en el caso específico que aquí presentamos, de un hospital y en relación al saber médico, y en relación también a los lazos que se establecen –equipos de salud, comunidad, pacientes, intelectuales, artistas- hasta de manera impensada y subterráneas en ese proceso. Me quedo con el interrogante, también, de hasta qué punto algo tal cómo la *muerte digna* en particular y ciertas cuestiones vinculadas a la bioética en general no acaban oficiando también, en alguna medida como otro de los brazos o mecanismos de este universo biopolítico y de regulación estatal que se piensa tanto en términos políticos y

⁸ Giacomelli es Licenciada en enfermería por la Universidad Nacional de Córdoba, de 55 años aproximadamente, ejerce como enfermera en el HMU en este momento como supervisora del cuerpo de enfermeros del hospital, y fue miembro de la comisión ad hoc.

éticos, donde el morir se “suaviza” o se vuelve “amable”, como otra cara de ese poder que se ejerce, controla y administra, pero esto sería abrirnos a dar otra discusión propia de un proyecto que excede las pretensiones de este trabajo, de todas maneras, la invitación está hecha.

Bibliografía

- AA VV, *Diccionario latinoamericano de bioética*, 2008, UNESCO.
- Elias, Norbert, 1983, *La soledad de los moribundos*, México, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel, 2007, *El nacimiento de la biopolítica*, Argentina, Buenos Aires, Ed. Fondo de Cultura Económica.
-2010, *Defender la sociedad*, Argentina, Editorial Fondo de Cultura Económica.
-2013, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Argentina, Editorial Siglo XXI
- Soriano, Carlos y otros, 2012. *Muerte Digna. Guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico*, Córdoba, Argentina. Ed. El Emporio.