

BIOÉTICA Y ANTROPOLOGÍA MÉDICA. Limitación del esfuerzo terapéutico. Prof. Dr. Adolfo Vásquez Rocca.

1.- La aplicación del avance tecnocientífico en la práctica de la medicina asistencial de alta complejidad ha de [conducir](#) al diseño de experiencias de campo en las que se plantea el crucial dilema ético del fin de la vida: establecer y describir la naturaleza del vínculo entre el soporte [vital](#) avanzado y la muerte.

2.- Al tiempo que el acelerado desarrollo del cuidado intensivo del paciente grave y los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos han generado la aparición de nuevos cuadros clínicos, asociados a esta nueva medicina crítica como resultado de la aplicación sostenida y prolongada de los métodos de soporte vital ordinarios y avanzados. Entre ellos pueden mencionarse el estado vegetativo persistente, frecuentemente derivado de encefalopatías y disfunciones orgánicas múltiples con trastornos cognitivos frecuentes. Estos cuadros resultan paradigmáticos en este tiempo porque asocian, vinculan y confunden la terminalidad con el carácter presuntamente reversible y transitorio del estado crítico.

3.- En la generación de la toma de decisiones en cuidados intensivos los principios bioéticos, el derecho y las competencias del profesional médico -intensivista- juegan un rol determinante, incluso al principio y término de estos eventuales procedimientos, tanto cuando se discute si es pertinente o no el ingreso del paciente en este tipo de servicio, como a la hora de definir entre aplicar nuevos procedimientos invasivos -fútiles en muchos casos- y el retiro del soporte vital avanzado. En en los intersticios de una u otra decisión, entre el encarnizamiento terapéutico y las consideraciones en torno al dolor, la dignidad y la esperanza, se desliza este concepto de tenues fronteras, a saber, el mejor interés del paciente.

(1) Doctor en Filosofía por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; Postgrado Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Filosofía IV, Estética y Antropología. Profesor de Postgrado del Instituto de Filosofía de la PUCV; Profesor de Antropología en la Escuela de Medicina y de Estética en el Departamento de Artes y Humanidades de la Universidad Andrés Bello UNAB. En Octubre de 2006 y 2007 es invitado por la Fundación Hombre y Mundo y la UNAM a dictar un Ciclo de Conferencias Magistrales en México. Profesor visitante de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y Profesor Asociado al Grupo Theoria, Proyecto europeo de Investigaciones de Postgrado UCM.

4.- Este núcleo de interés constituye un cambio de paradigma a partir del cual deben replantearse cuestiones cruciales, entre las que se cuentan el desarrollo de una cultura y sensibilidad en torno al planeamiento de la limitación del esfuerzo terapéutico, entendido este ya no sólo como la delimitación tácitamente acordada en vistas a evitar problemas médico-legales a los médicos, sino como una toma de posición deliberada, una decisión que informa una acción, que ejecuta un conjunto de medidas claramente definidas y terapéuticamente controladas tendiente a una limitación ya sea de las medidas que estaban tomadas ejemplo: respiración mecánica, drogas vasoactivas, antibióticos en la infección, así como no iniciar nuevas terapias por ejemplo: diálisis que son de mucho costo, de mucha invasión y eventualmente poco rendimiento.

5.- Es así como en la terapia intensiva se plantean a diario una serie de problemas en relación con la aplicación de los principios bioéticos generales a casos particulares, ello derivado de la posibilidad de aplicación de métodos diagnósticos y terapéuticos invasivos. Mi convicción, así como el tema a fundamentar en esta Tesis, es que estos dilemas podrían ser atenuados si en la formación inicial, de pregrado, el profesional médico fuera preparado y entrenado no sólo en los aspectos teóricos y principios abstractos -propios de las definiciones de los códigos de ética médica y bio-ética- sino, y de modo fundamental, en los aspectos concretos e individuales de las situaciones de conflicto, dadas en el caso a caso que es, por lo demás, el proceso por el que se va sentando jurisprudencia. Para ello se propone aquí la necesidad de -una vez abordados los aspectos legislativos, sensibilizado al cuerpo médico así como a la opinión pública en torno a un debate amplio y democrático sobre estas cuestiones- diseñar modificaciones en el currículum de la educación médica que posibiliten preparar a las nuevas generaciones de médicos tanto en los aspectos valóricos como terapéuticos involucrados. Esto como práctica en la etapa de internado y en las distintas instancias de simulación gnoseológica y operativa según el [plan](#) de estudios de cada Escuela de medicina. La formación teórico-práctica versaría sobre cuestiones tocantes a los criterios, oportunidad y viabilidad de recursos, de la medicina paliativa o aplicaciones de terapias de soporte vital avanzadas, así como de discernir cuando éstas, concurriendo todos los aspectos legales, terapéuticos, humanos y espirituales, debe ser retirada y de manera no adjetiva, la preparación de los profesionales en estas maniobras y destrezas terapéuticas y humanizadoras, todo ello atendiendo al

estado del arte médica. Para esto es necesario desarrollar consensos amplios que den lugar a la inserción institucionalizada en el currículo de la enseñanza de la medicina tales contenidos y destrezas terapéuticas.



[Antropología Bio-ética Adolfo Vásquez Rocca](#)

El concepto y la reflexión en torno a la muerte

De este modo, la reflexión sobre la muerte intervenida como un fenómeno emergente de nuestra cultura resulta imprescindible para que la sociedad se involucre en un tema que le incumbe en forma absoluta y exclusiva. Surge de aquí la necesidad de precisar conceptos.

El concepto de muerte intervenida comprende todas aquellas situaciones en que la aplicación de la suspensión o no aplicación de algún método de soporte vital se constituye en un límite en el tratamiento vinculado con la producción de muerte cardiorrespiratoria tradicional. Es una larga historia la de la domesticación del morir por parte de la medicina, en lo que no cabe duda es de que la invención del respirador artificial significó un antes y un después en esta materia.

El respirador, como es sabido, se gestó durante la epidemia de polio que asoló al [mundo](#) en la década del cincuenta. Por aquel entonces, un médico danés decidió utilizar [bolsas](#) de aire para bombear oxígeno a los pulmones de niños que, afectados por la enfermedad, morían asfixiados; claro que el método era imperfecto: los mantenía con vida siempre y cuando la enfermera no dejara de bombear oxígeno. La solución llegó semanas después de la mano de la feliz idea de acoplar una bomba mecánica a la bolsa de aire. Como era de esperar, la tecnología no tardó en extenderse; pero no habría de pasar mucho tiempo hasta que el avance obligó a los médicos a enfrentar situaciones clínicas hasta ese momento impensables. Cuando comenzaron a aparecer los métodos de soporte vital, principalmente el respirador, los médicos se encontraron con que tenían pacientes que eran ventilados artificialmente, pero que sufrían cuadros neurológicos absolutamente irreversibles.

Lentamente, las unidades de **cuidados intensivos** estaban comenzando a poblarse de un nuevo tipo de pacientes: personas que jamás recuperarían la conciencia, pero que podían ser mantenidas con vida artificialmente durante décadas. Sucede que por aquel entonces estaba aún vigente la idea tradicional de muerte, que la asocia al cese de la actividad cardíaca y respiratoria.

Mantener con vida a estos pacientes representaba tanto una prolongación injustificada del sufrimiento de sus familiares que asistían a una agonía

eternizada, como un acaparamiento inconducente de recursos monetarios y de infraestructura hospitalaria.

Ante esta nueva perspectiva, fue estrictamente necesaria la **reformulación del concepto de muerte**.

- En esta historia de la domesticación del morir los conceptos se han vuelto problemáticos y ambivalentes a partir, precisamente, de las definiciones al uso de la noción de *muerte*; tanto a través del concepto de la pérdida completa de la función cerebral, lo que después de casi cuarenta años de empleo de este criterio de demarcación para diagnosticar la muerte, puede visualizarse un continuo que se asocia tanto con la necesidad o interés de procurarse órganos para trasplante, como con la necesidad de evitar prolongadas agonías en pacientes irrecuperables. Cuestiones que en un análisis inmediato se revelan de distinta naturaleza y por ello ponderable en términos diversos.
- Según se ha expuesto **el criterio de muerte cerebral** estableció que el fin de la vida llega cuando coinciden la muerte del tronco y de la corteza del cerebro. Sin embargo, algunos estudios del tema sugieren la incidencia de otro factor en la adopción de este nuevo criterio de muerte. Meses antes, más precisamente el 3 de diciembre de 1967, el doctor Christian Barnard había realizado el primer trasplante de corazón: esta nueva posibilidad trastrocaba la mirada que se posaba sobre los pacientes con daños neurológicos irreversibles que eran mantenidos vivos en forma artificial. “La definición de muerte cerebral es un artificio de técnica -opina el doctor Mainetti-. Tiene por único fin introducir la posibilidad de retirar un soporte vital y dar por muerta a una persona a la que se mantiene con vida sin ningún sentido, abriendo así la posibilidad de utilizar sus órganos para un trasplante.
- El criterio de muerte cerebral es una de las primeras respuestas sobre los límites en la atención médica de aquellos pacientes que ya no son capaces de verse beneficiados por ningún tratamiento. Pero no es la única. Un paso más allá se encuentra el derecho del propio paciente -o de su familia- a rechazar un tratamiento que se considera inútil. Se revisarán en el desarrollo de esta tesis, varios casos que perduran en el imaginario colectivo como los impulsores del debate que finalmente diera lugar a la instauración de este derecho.

- En las últimas décadas la licitud ética -derivada de la aceptación de la práctica- de la interrupción en la aplicación de los métodos de soporte vital ordinarios y avanzados en situaciones que no configuran los supuestos de muerte cerebral - como los estados vegetativos y otras situaciones clínicas irreversibles- y hasta los intentos de obtener órganos para trasplantes en estas ocasiones (cuando se contare con el acuerdo explícito del donante o su representante) hace posible una interpretación conjunta de estos cuadros a través de la admisión del establecimiento de un límite en la asistencia médica.
- La cuestión ahora es definir cuál es y quién establece, y aun más, cómo se valida este límite. Un punto de partida puede ser la observación de casos y el cambio actitudinal frente al manejo de estos conceptos.
- La observación de casos permite al menos establecer como tendencias generales que en el estado de coma irreversible -definido como muerte cerebral- se tiende a aconsejar el retiro de la respiración mecánica, así también, se visualiza en las últimas décadas una aceptación progresiva de disponer la abstención y/o el retiro del soporte vital en pacientes con evolución irreversible para permitir su muerte. Ahora bien, de ambas situaciones basadas en evidencia empírica podemos derivar un punto problemático común: existen casos de pacientes críticos en los que se visualiza la necesidad de establecer límites en la asistencia médica.
- El tema central presente en ambas circunstancias es que en estos casos la muerte resulta ligada a las decisiones (acciones u omisiones) que se toman en el ámbito asistencial sobre el soporte vital. Estas decisiones constituyen por sí mismas ese límite y marca el comienzo de toda una época de ‘muerte intervenida’ por oposición a la muerte natural hoy casi desconocida y olvidada por inexistente. Es en virtud de ello que dentro de la expresión ‘muerte intervenida’, utilizada primariamente para describir las acciones de abstención y retiro habituales en terapia intensiva, se incluye también a la muerte cerebral, esto como hito histórico fundamental.

Descripción del Problema

Desde las décadas del setenta y del ochenta en adelante se ha asistido a la aparición cada vez más frecuente de cuadros clínicos intermedios constituidos por un coma inicial resultante de una injuria cerebral con variables grados de

lesión del sistema nervioso como en el estado vegetativo persistente, demencias profundas y otros, en que no se cumplen los criterios aceptados de muerte cerebral (indemnidad del sistema reticular activador del tronco cerebral y de las funciones respiratoria y circulatoria), pero que también tienen daño cerebral irreversible con pérdida absoluta de las funciones corticocerebrales superiores. Tienen permanentemente abolida la conciencia, la afectividad y la comunicación con conservación de los ciclos sueño-vigilia, y fuertes estímulos puede provocar apertura ocular si los ojos permanecen cerrados y también acelerar la respiración, el pulso y la tensión arterial. Los reflejos y movimientos oculares se conservan, así como también los reflejos protectores del vómito y de la tos. Estos pacientes pueden tener movimientos espontáneos que incluyen masticación, rechinar dientes y deglutir. También pueden emitir sonidos o gestos que sugieren ira, llanto, queja, gemidos o sonrisas. Su cabeza y ojos pueden inconsistentemente rotar hacia luces o emitir sonidos no verbales. Pese a que para un criterio experto todas estas actitudes son consideradas como de origen subcortical es innegable que a la mirada expectante de los seres queridos estos signos pueden constituir un motivo de aliento y arraigo emocional que es imposible negar como *vivencia afectiva*.

Así, en los últimos años la pregunta por los límites que se deberían establecer a la prolongación artificial de la vida ha sumado un nuevo aspecto. El conflicto ya no lo plantea el médico que propone una terapia que conduce al encarnizamiento terapéutico, sino que nace del paciente o de sus familiares que piden un tratamiento que no se considera eficiente. La respuesta de la bioética se centra en el llamado concepto de futilidad, que es por decir lo menos, bastante controvertido. Los tratamientos fútiles, esto es inútiles, lo único que logran es dar al paciente dolor, daño, incomodidad y gasto económico. Sin embargo el problema es ¿cómo determinar la futilidad de una terapia médica? ¿Sólo con los criterios estadísticos que le son propios?

Existen dos criterios, responde. La futilidad fisiológica es el más simple: es cuando el tratamiento demuestra no modificar las variables fisiológicas del paciente que uno busca. Desde otra perspectiva se sostiene que se puede definir la futilidad mediante criterios estadísticos: un tratamiento sería fútil cuando tiene menos del 5% de posibilidades de resultar exitoso. No hace falta aclarar que para determinar la futilidad de un tratamiento es necesario actuar caso por caso. Los límites que delimitan este concepto son muy controvertidos y

discutibles; por ello las instituciones médicas cuentan hoy con comités de bioética.

Los comités de bioética son, en su propia definición, espacios multidisciplinarios y pluralistas que se nutren del aporte de expertos no sólo provenientes de la medicina, sino también del derecho, la antropología, la religión y, en algunos casos, de representantes de la comunidad.

La medicina como actividad artesanal destinada al cuidado y eventual curación de las personas siempre tuvo límites, pero el final de la vida llegaba por factores externos alejados de una decisión cercana de efectos inmediatos y directos. Ahora, y como resultado del progreso tecnológico, la posibilidad del manejo de la función vital influye en la determinación y el tiempo de muerte.

Esta cuestión central, que atiende la realidad médica cotidiana y que se encuentra en el marco de las decisiones posibles con el hombre enfermo, marca el comienzo de toda una época de muerte intervenida, por oposición a la natural.

De alguna forma se ha producido una suerte de asalto tecnológico a la disponibilidad de los individuos sobre su propia muerte. Este asalto ha dado lugar a la medicalización de la muerte, obligando, como se ha visto, incluso a cambiar su definición a través de la adopción del criterio de muerte cerebral.

Por otra parte, hoy la muerte no sólo es técnicamente controlable y administrable, sino que resulta en cierta forma negociable. La dramática situación actual de los recursos destinados a la salud lleva a que se establezcan criterios para decidir qué enfermedades se tratan y cuáles no. Todos estos aspectos sensibles, tocantes a materias de salud pública, también serán considerados en la presente tesis.



Fundamentos de la investigación.

Llevado al extremo de la irracionalidad, el esfuerzo de la medicina por preservar y cuidar la salud de las personas ha demostrado que es capaz de volverse en contra de aquellos a quienes pretende proteger. Cuando los médicos se empeñan en extender la vida aún más allá de las posibilidades fisiológicas y del deseo de sus pacientes aparece lo que se ha dado en llamar el encarnizamiento terapéutico.

La agonía injustificadamente prolongada, el sufrimiento extremo, la desfiguración y el aislamiento del paciente; cualquiera de ellas puede ser la consecuencia del encarnizamiento terapéutico que conlleva formas de morir que resultan una caricatura de la dignidad personal.

Es habitual hablar de la lucha de la vida contra la muerte, pero hay un peligro inverso, presagiado por la literatura de ficción y de algún modo avalado por el desarrollo tecnológico de la medicina. Tendremos que luchar contra la probabilidad de que no muramos. Contra el olvido de la muerte. Nos encontramos en el proceso de reactivar esta inmortalidad patológica, la inmortalidad de la célula cancerígena, tanto a nivel individual como al nivel de las especies como un todo. Es la venganza contra los seres mortales y sexuales

de las formas de vidas inmortales e indiferenciadas, En lo que podríamos llamar, al modo de Baudrillard, la solución final.

La muerte, que una vez fue una función vital se podría convertir en un lujo, en un costoso placer. En todos los modos futuros de la civilización, donde la muerte habrá sido eliminada, los clones del futuro podrán pagar muy bien por el lujo de morir.

Ni la psicología ni la biología han reconocido el lugar central de la pulsión de muerte en la determinación de los seres humanos. Y así como hay una pulsión de inmortalidad para la cual se tienen respuestas tecnológicas como la clonación, también hay una pulsión de muerte. Como hemos visto, estas pulsiones entran en juego simultáneamente y es posible que una no sea más que una variante de la otra, nada más que su dilatación.

Y es que, a veces, “el intento de respetar la vida puede acabar en trato inhumano o degradante, es decir, indigno”, escribió hace algunos años Diego Gracia, miembro de la Fundación de Ciencias de la Salud, de España, en el prólogo del libro *Morir con dignidad*.

Podría decirse que la muerte indigna -aquella que se demora sin ofrecer nada a cambio, más que sufrimiento y humillación- es un invento reciente. Nace como resultado del avance que protagonizó en los últimos cincuenta años la medicina, avance que permite hoy prolongar la vida a través de instrumentos que proporcionan a los pacientes un soporte vital que suple funciones biológicas perdidas o cuando menos suspendidas.

Pero prolongar la vida innecesariamente no sólo perjudica a quienes se les priva del **derecho a una muerte digna**. En un mundo donde los recursos públicos que se destinan al cuidado de la salud no sólo son finitos, sino que muchas veces resultan insuficientes, su uso irracional parece cercenar aún más el acceso de la población en general al cuidado de su salud.

Por eso, cabe preguntarse, ¿hasta cuándo es lícito extender artificialmente la vida de una persona? Desde hace algunas décadas, los expertos en bioética han elaborado una serie de criterios que permiten ponerle freno al afán desenfrenado de los médicos por vencer a la muerte, evitando así el **encarnizamiento terapéutico**.

Nota: Las investigaciones aquí desarrolladas [1](#) buscan una aproximación interdisciplinaria al fenómeno de la salud y la enfermedad, así como a la naturaleza de la práctica médica en la postmodernidad. La filosofía de la medicina se inspira fundamentalmente en la actual filosofía de la ciencia, que ha abandonado la idea de una realidad objetiva o de un orden natural inmutable, reemplazándola por la representación de nuestro conocimiento, adquiriendo así uno de sus rasgos fundamentales, el carácter holístico e interpretativo.

Descriptor: Bioética - Filosofía - Educación Médica- Salud – enfermedad terminal - encarnizamiento terapéutico - eutanasia - atención paliativa - soporte vital avanzado - diagnóstico - cuidados intensivos – eutanasia – Colegio médico – Testamento vital - terapia intensiva.