

CARLOS R. GHERARDI, *Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*, Buenos Aires, Biblos, 2007.

En los comienzos de la década de 1970 se instaló en la Argentina la primera unidad de terapia intensiva, novedosa por entonces. Carlos Gherardi era un joven médico recién recibido que ingresó al mundo de su profesión de la mano de esta nueva forma de extender la vida y decidir sobre la muerte. El impacto de la nueva tecnología sedujo al novel profesional quien actualmente, después de haber transitado durante treinta años por las asépticas salas de la muerte-vida, tiene una mirada crítica sobre lo que en otra época lo había entusiasmado e ilusionado. Dicho de otra manera, cuando irrumpió la terapia intensiva Gherardi entendió que se trataba de una cuestión exclusivamente médica, ahora considera que la temática, más allá de su arraigo médico-tecnológico, debe ser visualizada como problema a ser considerado social y legalmente, siendo su marco de referencia la teoría filosófica.

Dice el autor: “La inserción de la tecnociencia en el menester médico ha sido sin duda el motor del progreso que permitió, en el siglo XX, aumentar en treinta años la expectativa de vida de aquellas personas que tienen asegurado el acceso a la salud. Pero a poco que se observa la realidad médica y social, se puede percibir que el costo moral de esta nueva realidad no es menor ni todo es beneficio aunque no se lo pueda medir en años ni en dolor” (p.11). No habría que perder de vista que desde la incorporación del soporte vital en la práctica asistencial, y antes del establecimiento formal de la especialidad médica correspondiente, se cambió la definición de la muerte misma y obviamente de los intereses médicos y comunitarios que la rodean. Antes, el punto final lo marcaba un corazón que dejaba de latir, ahora ese punto lo marca un aparato que indica el cese de actividad encefálica. Paradójicamente los tradicionales signos de la vida dejaron de representar la vida en sí misma. Pues los “muertos” cerebrales que reciben ventilación técnica conservan ritmo cardíaco, color de piel vital, temperatura, digestión y metabolismo sin alteraciones, y hasta pueden incubar fetos vivos. Pero estos signos ya no se tienen en cuenta, por ejemplo, si se desea utilizar el cuerpo que los irradia para un trasplante de órganos. En este punto el autor considera que se apela más a la solidaridad que implica la donación de órganos, que a la condición en la que necesariamente se debería efectuar la ablación.

Pero no solamente se ha cambiado la definición de muerte, y con ello la noción de vida cuyo límite natural es –justamente– la muerte, se ha cambiado así mismo el objetivo de la medicina que, tradicionalmente, consistía en prevenir, curar, aliviar y confortar acompañando hasta que el cuerpo no emitía la menor señal vital. Ahora en cambio se trata, en general, de evitar la muerte extendiendo artificialmente la vida a un costo muchas veces insostenible no solamente desde el punto de vista económico, sino fundamentalmente familiar, relacional y existencial o, por el contrario, de provocar la muerte total si se diagnostica muerte encefálica. “No existirá tragedia mayor para la terapia intensiva, y por natural extensión para la medicina y toda la sociedad, si, como consecuencia de la tergiversación de su meta, que es la vida, una lucha irracional para evitar la muerte en toda circunstancia transforma estas salas en un lugar

para esperar sólo su llegada” (p. 44). La sala de terapia intensiva se convierte -en varios casos- en un *moridero* exclusivo y solitario.

Otra consecuencia de la asistencia tecnocientífica llevada a extremos conflictivos es la prolongación de la vida en los casos vegetativos. Más allá de las precisiones médicas, que Gherardi desarrolla de manera impecable al referirse a las modificaciones surgidas de la tecnología biomédica (tanto para extender la vida, como para facilitar la muerte), nos enfrentamos con problemas éticos y legales. El estado vegetativo convertido en permanente (EVP) coloca a los allegados de quien padece tal estado ante la posibilidad de elegir si desean seguir manteniendo esa situación, o si preferirían que acontezca una muerte digna. La misma puede lograrse retirando los soportes vitales artificiales o ayudando a morir mediante tecnología. Sabido es que son muy pocos los países que permiten la segunda opción e, incluso en nuestro país, hay resistencias para aceptar la primera. Este es otro tema que requiere debate y legalidad, pues “quien desee seguir con su vida adelante con el cuidado eterno de un EVP merece el mismo respeto y la misma comprensión que quien desea que se permita morir a quien ya ha perdido los rasgos y atributos con respeto a la conciencia, la comunicación y la afectividad que lo identifican como persona. El sufrimiento será permanente en ambos casos, sólo que cada uno tendría el derecho de elegirlo” (p.112).

Se pone así en el tapete la sacralidad de la vida frente a su calidad o intensidad. La posibilidad de escoger entre el ensañamiento terapéutico o la muerte digna. El dilema de optar por el mantenimiento o la suspensión de la vida de alguien que está (y seguirá estando) inconciente, o la posibilidad de elegir nuestro posible futuro, mediante documentos firmados mientras gozamos del uso pleno de nuestras facultades. Estos dilemas de la muerte intervenida (que no es sinónimo de eutanasia, la que merecería un debate no menos profundo) requieren reflexión filosófica, marcos legales, consideraciones bioéticas y toma de conciencia de la población ante ciertos grandes interrogantes: ¿deseamos *la respiración a cualquier precio*, o deseamos más bien el respeto por la integridad existencial de los sujetos?, ¿somos personas por el solo hecho de cumplir con algunas funciones biológicas, o lo somos en tanto nuestro acervo vital se complementa interactuando con lo psicológico, lo espiritual, la comunicación y la integración social?

La sólida postura crítica de Gherardi no se manifiesta en contra de la terapia intensiva, sino de la tergiversación de su función; porque lo que comenzó siendo un medio para mantener la vida, muchas veces termina siendo un ensañamiento con el ser humano que pierde su condición de tal y se convierte en una prótesis de la tecnología. La espera de la muerte se produce así en un total aislamiento no sólo de agentes contaminantes, sino también de afectos y efectos personales. Ya no morimos, como quienes nos precedieron, en nuestra cama rodeados de seres y objetos queridos. Morimos en la soledad y la extrañeza de una sala impersonal, donde nuestro único acompañante es la frialdad de la técnica.

La propuesta final de este texto es el rediseño de las metas de la medicina. Esto es, brindar paliativos al sufrimiento, prevención de la enfermedad, gestión de la salud, tratamiento del enfermo y cuidado a quien lo necesite, evitando la muerte prematura y acompañando la muerte en paz. Estas metas deberían estar sometidas al escrutinio de la comunidad para que

el paciente no quede atrapado en el poder tecnocientífico, ni se convierta en víctima de decisiones reñidas con sus deseos y divorciadas de su valoración.

El libro representa un aporte claro, riguroso y amable para las reflexiones bioéticas en particular y biopolíticas en general.

ESTHER DÍAZ