

Referencias

- Agamben, G. (2003). *Homo sacer*. Valencia: Pre-Textos.
- Akrich, M. (2006). Ne pas oublier l'avortement: parcours avec la condition foetale. *Travail, genre et sociétés* 15:163-168.
- Arendt, H. (1985). *Vita Activa*. München: R. Piper & Co.
- Baylis, F., Kenny, NP., Sherwin, S. (2008). A Relational Account of Public Health Ethics. *Public Health Ethics* 1(3): 196-209.
- Canguilhem, G. (2008). *Knowledge of Life*. New York: Fordham University Press.
- Boltanski, L. (2013). *The Foetal Condition*. Cambridge, Malden: Polity Press.
- Devreaux, AM., Ferrand-Picard, M. (1982). La loi sur l'avortement. Chronologie des événements et des prises de position. *Revue française de sociologie* 23-3: 503-518.
- Ferrand-Picard, M. (1982). Médicalisation et contrôle social de l'avortement. *Revue française de sociologie*, 23-3: 383-396.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad, 1. La voluntad de saber*. 2ª ed., 3ª reimpresión. Madrid: Siglo XXI.
- Knox, KL. (2004). If Suicide Is a Public Health Problem, What Are We Doing to Prevent it? *American Journal of Public Health* 94(1): 37-45.
- Kottow, M. (2012). *Bioética relacional*. Saarbrücken, Editorial Académica Española (Lap Lambert Academic Publishing GmbH).
- McCormick, R., s.j. (1989). *The Critical Calling*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Montiel, L., García, M. (eds.) (2007). *Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto*. Madrid: Editorial Complutense.
- Séneca (2010). *Sobre la brevedad de la vida*. Junta de Andalucía.
- Steinbock, B. (2005). The case for physician assisted suicide: not (yet) proven. *Journal of Medical Ethics* 31: 235-241.
- Thomson, JJ. (1971). A defense of abortion. *Philosophy and Public Affairs* 1(1): 47-66.
- Vidal, M. (1991). *Diccionario de ética teológica*. Barañain (Navarra): Editorial Verbo Divino.
- Villela, CF., Linares, S.J.E. (2012). Diagnóstico prenatal y aborto. Dos cuestiones de eugenesia y discriminación. *Revista de Bioética y Derecho*, 24: 31-43.
- Wilkinson, D., de Crespigny, L., Xafis, V. (2014). Ethical language and decision-making for prenatally diagnosed lethal malformations. *Seminars in Fetal & Neonatal Malformations* 19: 306-311.

Tecnificación de la muerte: naturalidad y artificialidad de la vida

Yuri Carvajal B.*

En una simple serie de tiempo la cantidad de personas que mueren en un hospital y aquellas que lo hacen en su domicilio, entre 1997 y el 2012 en Chile, se mantiene estable. Con oscilaciones no azarosas, la mediana de ambas proporciones se ubica en 46%, los mismos valores que inician y cierran la secuencia.

Si suponemos que ha existido un crecimiento de la complejidad de las camas hospitalarias en este período, al menos podemos sugerir que las muertes intrahospitalarias ocurren con un mayor soporte tecnológico.

Un primer acercamiento empírico al problema, no puede obviar una frase breve pero enredada de la Ley 20.584 Sobre derechos y deberes de los pacientes. Esta regulación, al reconocer el derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento, puso la espada amenazante de una sentencia dramática: "En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte". El efecto se logra por la proximidad de dos figuras espectrales que convocan un panorama desolador: lo

artificial y la muerte, en un encuentro del que nada bueno puede esperarse.

Una frase que quizás no vino a la mano de los legisladores con un propósito literario tan especificado. Es mucho más posible que se trate de otra de esas sentencias que, circulando de boca en boca, aterriza bruscamente en medio de las cuestiones públicas, en un debate acalorado que no permite mayor distancia ni reflexividad.

La muerte y lo artificial logran su efecto en la frase citada, pues se oponen en dos polos morales: el proceso de muerte queda tácitamente inscrito *en y la* porción del mundo regido por las normas de un orden natural, regular y definido. En lo artificial quedan relegadas las cosas que violentan las leyes de ese trazado, las anomalías, excepciones y artefactualidades. Con la imagen que asigna las cargas en una forma dual, dialéctica y antitética, el debate ético se acaba. ¿Quién osaría ir contra una ley como la de deberes y derechos, que solo intenta apuntalar el orden de lo natural, contra tanta artificialidad monstruosa avanzando contra lo natural?

La tecnificación de la muerte convoca a pensar de otros modos, a preguntarnos si acaso la artificialidad y lo natural no corresponden a dualidades mundanas, siendo tal vez distinciones políticas, cívicas, formas de convivencia. Si la artificialidad

* Yuri Carvajal agradece el apoyo del Fondecyt al proyecto 3130585, Controversias tecnológicas en la reforma de salud: análisis desde la sociología de la traducción.

es justamente la posibilidad de creación, tanto en las cuestiones biológicas como en las de orden sociopolítico, la legitimidad del uso de la contraposición legal no es obvia. Y tal vez, que la tecnicidad no sea sino una diferenciación dentro de lo artefactual.

Entre los orígenes múltiples y asincrónicos de la originalidad y artefactualidad moderna, encontramos esta definición:

Las leyes naturales son o físicas o morales. Entendemos aquí por ley física *el curso regulado de todo acontecimiento físico del orden natural evidentemente más ventajoso al género humano*. Entendemos aquí por ley moral *la regla de toda acción humana del orden moral conforme al orden físico evidentemente más ventajoso al género humano*. Estas leyes forman conjuntamente lo que se llama Ley Natural (“Derecho Natural”, Cap. V, Quesnay, 1958, p. 740, citado en Dumont, 1999, p. 57).

En esta distinción entre ley moral y ley física al interior de lo natural, generada por un médico, padre de la fisiocracia, corriente emparentada con el nacimiento de la epidemiología y la salud pública a través de William Petty (Bras, 2000), hallamos por una parte la cuestión de los hechos y los valores, cuya distinción complica y aviva la existencia de la bioética, así como la moralidad que distingue el surgimiento de lo económico como un ámbito distinto y jerárquicamente superior.

De eso y de algo más, trata este artículo.

1. La naturalidad de nacer

En un reciente suplemento de *Cadernos de Saúde Pública* dedicado a un estudio nacional sobre el parto, la editora parte señalando que:

Nacer en Brasil no ha sido una experiencia natural, ni para pobres ni para ricos. El parto vaginal, más frecuente en la sanidad pública, casi siempre se produce con mucho dolor y exceso de intervenciones. En la sanidad privada, la cesárea, una cirugía muchas veces innecesaria y casi siempre prefijada, ha ido constituyéndose en una opción para minimizar ese sufrimiento (do~Carmo y Granada, 2014).

Tres textos de comentario de las investigaciones que despliega el suplemento suceden al editorial, confirmando la existencia de una serie de intervenciones en el parto que hoy consideramos innecesarias. Lo más paradójico del problema es que las modificaciones se han incorporado en pos de una mejoría del parto, de una mejor ayuda a las pretendidas fuerzas naturales. En el comentario que propone la prevención cuaternaria para evitar la sobremedicalización del nacimiento, sus autores señalan:

Felizmente, o desenvolvimento da humanidade tem produzido uma tendência secular de afastamento da história natural da maternidade, e poucos países, na atualidade, apresentam mortalidade superior a mil mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (ao~Souza y Pileggi-Castro, 2014).

Apoyándose en la existencia de una forma natural de nacimiento (“la historia natural

de la maternidad”), los autores reconocen en la humanidad una dirección de alejamiento de esa legalidad. Y no dejan de celebrarla con cifras en la mano.

Aunque resulte paradójico que médicos instruidos secularmente por la historia natural de la enfermedad, aceptemos de buenas a primeras que un hecho que no tiene nada de patológico como el nacer, pueda ser inscrito en una historia natural; lo más complejo resulta seguir creyendo en la existencia de una historia natural de la enfermedad, cuando el curso de las patologías se nos aparece en cada enfermo profundamente alterado por las intervenciones diagnósticas y terapéuticas previas.

Como sea, al margen de ambos problemas, el parto aparece aquí beneficiado de la artificialidad contemporánea. Lo que restaría, vía prevención cuaternaria, sería encontrar el justo medio aristotélico, la porción de biomedicalización adecuada, no excesiva ni insuficiente.

En “O nascimento como experiência radical de mudança” se concluye buscando una definición de la normalidad del parto:

Considero desafiador definir normalidade quando se estuda o parto e o nascimento. Talvez cheguemos perto desse entendimento se optarmos pela definição de ausência de intervenção. Pelo que os estudos aqui publicados revelam, estamos muito distantes dessa realidade. Possivelmente nunca voltaremos a esse estágio na atenção ao nascimento. Por aém precisamos refletir sobre a qualidade da intervenção, especialmente num fenômeno tão fisiológico como deveria ser o nascimento. No cenário de potencial normalidade deve-

rámos antes de tudo evitar tentar danos com intervenções desnecessárias como afirmam alguns estudiosos (Chavez, 2014).

La búsqueda de una condición normal del parto lleva a exagerar la definición de tal, proponiendo aquella sin artificialidad causada por mano humana. Al propio articulista le resulta evidente la imposibilidad de considerar tal estado, más aún cuando ha sido trazado como un retorno, un viaje de vuelta por la ruta que ha dejado tras de sí un estado de naturaleza. Frente a tal incertidumbre, el autor recurre a la fisiología, como parámetro de regulación, a la manera de un sustituto actual del salvajismo no recobable.

Finalmente, en “Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro”, la autora apunta a las causas de los problemas del parto:

Esses problemas assumem configurações específicas no modelo tecnocrático de assistência ao parto, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas e suposta neutralidade de valores.

La tecnología esta vez se opone a lo humano, en un lugar por supuesto de minusvalía. Se complementa, con la denuncia de la tecnología aliada a la lógica mercantil:

O uso sem controle de procedimentos desnecessários e danosos é maximizado pela lógica mercantil e pela (de)formação médica, e assume expressão mais visível na crescente epidemia de cesáreas.

Estos tres textos actuales y locales, señalan que los problemas asociados al uso

contemporáneo de categorías intelectuales como natural y artificial en salud pública están a la mano en revistas de corriente principal en nuestra área geográfica y disciplinar. La lucha contra la tecnología demonizada y opuesta a una naturalidad inencontrable, revela inconsistencias, exageraciones, simplificaciones. Buscar para la salud pública otras comprensiones, otras descripciones y otras palabras, sobre todo de uso no dual ni dialéctico, no es un ejercicio académico, como acostumbra denunciar los antiintelectualista de siempre, sino un esfuerzo por encarar la cuestión de dotarnos de herramientas eficaces para describir los problemas actuales y para poner a los afectados en un terreno diferente.

2. La naturalidad de morir

La muerte natural no existe en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Quizás la forma más próxima sea senilidad, considerada una causa mal definida y que en la serie de tiempo ya mencionada, ha descendido sistemáticamente casi en un tercio.

Si la artificialidad de la muerte no es parte de las reglas oficiales, más valdría seguir a quienes han estudiado pequeños casos en que la muerte es técnicamente intervenida.

2.1 La paradoja de los marcapasos

Uno de esos trabajos, "Ironic technology" (Kaufman et al., 2011), que estudia la ampliación creciente hacia pacientes de más de 80 años, del uso de desfibriladores de

cardioversión. Como parte de un estudio más amplio, este artículo se concentra en dos casos y los momentos de interacción con el médico que indica un equipamiento, que si bien contribuye a evitar una eventual arritmia y la muerte súbita consecuente, contribuye a que el paciente viva en peores condiciones de funcionamiento cardíaco: "Posponing death from a sudden cardiac event allows one to live with and suffer longer from the symptoms of heart failure and, potentially, from a host of other degenerative conditions" (Kaufman et al., 2011). Esta nueva condición permite aproximarse a la muerte ya no como un acontecimiento radical, sino más bien como parte abordable de una cierta patología: "In this example death becomes a symptom to be treated, and not what Dickerson refers to as a state of nonbeing" (Ibíd.).

El artículo enfatiza las condiciones en las cuales emergen estos problemas, buscando mostrar cómo la técnica recompone los fines para los cuales se propone su diseño:

Our ethnographic examples document the ways in which those factors are *lived* in treatment discussions and in expectations about death and longevity. They reveal as well the inadequacy of bioethical discussions focused narrowly on enhancing choice.

Precisamente en torno a esta trastocación de fines y medios, esta traducción tan asociada a la técnica en los Science and Technologies Studies (STS), aparece la agencia de los pacientes y la inmediatez de la reflexividad sobre esa agencia: "The device thus contribute to a heightened reflexivity about one's role in the *timing*

(amidst uncertainty) of one's own (or a loved one's) death".

Esta cuestión, que me parece la más importante que surge de este tipo de estudios, es nuevamente recuperada en otro estudio acerca de marcapasos.

2.2 El comando del ritmo cardíaco

En "Sustaining cyborgs" (Oudshoorn, 2015) el objeto del estudio es explícitamente la agencia de las personas en una condición en que su rol ha sido reducido al mínimo: el automatismo cardíaco asumido por marcapasos y desfibriladores. Revisando distintos momentos del ajuste de estos equipos, la investigadora intenta saber si hay algún rol para los pacientes en esos momentos.

Para el problema que nos interesa, recurriremos solo a la condición descrita como "hackeando el ritmo cardíaco". Se trata de un procedimiento técnico en que se intenta medir la carga eléctrica requerida para comandar cualquier ritmo generado en el corazón, sea nodal o extranodal. El operador va dando descargas hasta sobrepasar el umbral que le permite tomar el control del ritmo cardíaco. Si bien no se trata de la muerte, la experiencia es vivida con temor por los pacientes. Lo importante aquí, es que los técnicos también comparan esa sensación, y además introducen modificaciones en los protocolos, como ir describiendo en voz alta los pasos que siguen, chequeando un orden correcto de secuencias, a la vez que informando a los pacientes de lo que están haciendo. Si la prueba ha sido diseñada para que los pacientes no tengan ninguna agencia

en el mismo, las condiciones reales de operación de la tecnología son modificadas para darles cabida: "Patients are expected to submit their bodies to this test, although assertive patients may ask for a more 'patient-friendly' test or develop techniques to learn to cope with these new bodily sensations" (Oudshoorn, 2015).

El trabajo concluye señalando que las cuestiones de la agencia de los humanos en medio de tecnologías y *cyborgs* no son solo retrospectivas, sino que hacen parte del diseño e implementación de nuevas tecnologías:

For cyborg theory, my research shows that the merging of bodies and technologies is not a single event. Sustaining cyborgs is a lifelong collaborative effort in which technicians and patients participate to create viable hybrid bodies. These observations are relevant not only for existing cyborgs, because future cyborgs will need to be maintained, and the agencies of their components will have to be tuned to each other in order to do so. Paying attention to these issues will help us to anticipate and assess how new and emerging enhancement technologies may affect and redefine human agencies.

3. Autonomía y agencia

Este par de lecturas sumariamente reseñadas me parece que sugieren otra vía para abordar las cuestiones de la tecnificación de la vida y de la muerte. En vez de avanzar en medio de los deslindes entre lo artificial y lo natural, buscando la solución moral en uno de los órdenes, es posible vislumbrar

en ellos otras direcciones de abordaje del problema.

Sostengo que cada uno de estos trabajos, a su manera, propone dirigirnos hacia la agencia de los humanos en medio de la tecnificación creciente. La observación cuidadosa de las negociaciones situadas entre pacientes y técnicos, puede permitir justamente potenciar esa capacidad de agencia.

Pero quizás más importante sea justamente favorecer la reflexividad, tanto de los pacientes y sus parientes, como la de los técnicos. Esto significa no solo hacer una medicina sociológicamente rica, sino una sociología clínicamente fecunda. Avanzar en el reencuentro de dos mundos intelectuales separados, que prolongan y agravan la distinción de lo natural y lo artificial.

Y centrarnos en la agencia, tal vez posibilite eclipsar intelectualmente el abrumador predominio de la autonomía como núcleo compacto del pensamiento bioético.

Referencias

- Bras, HL. (2000). *Naissance de la mortalité*. France: Gallimard Le Seuil.
- Chavez, R. (2014). O nascimento como experiência radical de mudança. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Sup): S14-S16.
- Do Carmo, M., Granado, S. (2014). Nacer en Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Sup): S5-S7.
- Dumont, L. (1999). *Homo aequalis. Génesis y apogeo de la ideología económica*. Madrid: Taurus.
- Kaufman, S., Mueller, P., Ottenberg, A., Koenig, B. (2011). Ironic technology: Old age and the implantable cardioverter defibrillator in US health care. *Social Science & Medicine*, 72: 6-14.
- Oudshoorn, N. (2015). Sustaining cyborgs: Sensing and tuning agencies of pacemakers and implantable cardioverter defibrillators. *Social Studies of Science*, 45(1): 56-76.
- Souza, JP., Pileggi-Castro, C. (2014). Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Sup): S11-S13.