

# Introduction



+ José Alberto  
Mainetti

## The bioethical complex at the end of life

We can start that story in December 1967, when the first human-to-human heart transplant was performed. Although the era of transplants, foreshadowed in the myth of the Chimera and the miracle of Cosme and Damien, dates back to 1954 in Boston, with the first kidney transplant between twins - and by 1967 there were 5000 transplants in the world -, with its symbolic and tragic reality of life and death, sets the inaugural stage of thanatoetics in bioethics. The following year (1968) of the "Cape Town Miracle", a Harvard committee enabled the definition of brain death and with it the ablation of organs from the corpse, which together with the advances in immunosuppression to avoid rejection, consummated the conquest of the A transplantable body, that cannibal struggle that Thomas Starzl recounts in his book *The Puzzle People* and illustrates with the Goyesca Club Fight (Starzl, 1992). Transplant morality is exemplary of the bioethical model of principles, with the novelty of a third party in the doctor-patient relationship (RMP), the donor as a person and society. In inter-living transplantation, non-maleficence and beneficence mean the harm-benefit proportionality, respectively, for the

donor and the recipient that justifies a supererogatory or altruistic act of the first and a beneficial result for the second,

contrary to the classic professional duty of non-maleficence or "primum non nocere". Autonomy is expressed here as a right of the person to the availability of his body, under certain moral and legal conditions. Justice is understood then by criteria of micro-allocation of a unique, vital and personal, scarce and expensive resource, such as organs. For cadaveric transplantation, the principle model extends respectively to the determination of death, the ownership of the corpse and the system of procurement or macro-allocation.

## Introducción



+ José Alberto  
Mainetti

### El complejo bioético en el final de la vida

Podemos iniciar esa historia en diciembre de 1967, cuando se realizó el primer trasplante de corazón entre seres humanos. Si bien la era de los trasplantes, prefigurada en el mito de la Quimera y el milagro de Cosme y Damián, data de 1954 en Boston, con el primer trasplante de riñón entre gemelos -y para 1967 se registraban 5000 trasplantados en el mundo-, con su carga simbólica y trágica realidad de vida y muerte, configura el escenario inaugural de la tanatoética en la bioética. Al año siguiente (1968) del "Cape Town Miracle", un comité de Harvard habilitó la definición de muerte encefálica y con ella la ablación de órganos del cadáver, que junto a los avances de la inmunosupresión para evitar el rechazo, consumaron la conquista del cuerpo trasplantable, esa lucha caníbal que cuenta Thomas Starzl en su libro *The Puzzle People* e ilustra con la goyesca *Riña a garrotazos* (Starzl, 1992). La moralidad trasplantológica es ejemplar del modelo bioético de los principios, con la novedad de un tercero en la relación médico-paciente (RMP), el donante como persona y sociedad. En el trasplante inter-vivos, no-maleficencia y beneficencia significan la proporcionalidad daño-beneficio, respectivamente, para el

donante y el receptor que justifica un acto supererogatorio o altruista del primero y un resultado benéfico para el segundo, contrariando el clásico deber profesional de no-maleficencia o "primum non nocere". La autonomía se expresa aquí como un derecho de la persona a la disponibilidad de su cuerpo, bajo ciertas condiciones morales y jurídicas. La justicia se entiende entonces por criterios de microasignación de un recurso único, vital y personal, escaso y costoso, como son los órganos. Para el trasplante cadavérico, el modelo de principios se extiende respectivamente a la determinación de muerte, la propiedad del cadáver y el sistema de procuración o macroasignación.

Pero también la novedad antropológica (bio-psico-social) de los trasplantes es emblemática del complejo bioético, correspondiente al triángulo de los principios según las posiciones de sus protagonistas: el médico, el paciente y la sociedad. Pigmalión o la medicina del deseo, se ejemplifica como contranatura en la inmunosupresión para evitar el rechazo del cuerpo extraño, un fenómeno "natural" de la individualidad biológica (y acaso también psicosocial). Narciso, o la utopía de la salud, se manifiesta por el desdoblamiento del yo-donante-receptor en las relaciones de intercorporeidad, vale decir el intercambio de partes del cuerpo entre seres humanos. Knock o la medicalización de la vida, se traduce en la instrumentalidad de los cuerpos por el cuerpo político, con plausibles intereses ajenos al valor de las prácticas sociales que sirven al bien común e incrementan la solidaridad humana (Mainetti, 2007: 63-66).

La asociación tanatología y trasplantología marcaron así mis primeros pasos en la bioética "avant la lettre", y dos publicaciones de entonces lo atestiguan: el artículo aparecido en *El día médico*, "El médico frente al derecho del hombre sobre su cuerpo" (1969, 41(10): 225-230) y el libro editado en Quirón, *La muerte en medicina* (1977). Este último fue un adelantado en nuestra región de la profusa literatura sobre la muerte surgida esa década en el primer mundo y cuyo principal disparador sin duda fuera el fenómeno cultural que llamamos "la medicalización de la muerte y la mortificación de la medicina". Un evento de esos años señaló entre nosotros dicho nuevo tratamiento de la muerte. En la Academia Nacional de Medicina tuvo lugar una mesa redonda sobre el tema en

cuestión con distinto enfoque al médico-positivista tradicional (la muerte como hecho biológico, dato estadístico o artículo "mortis legal"). Participamos los señores académicos de turno con representantes de la filosofía, la religión, las letras y las artes (las clásicas humanidades tanatológicas), entre los cuales recuerdo a Jorge Luís Borges, Julián Marías y Beatriz Guido. Comprendí que se abría la pupila bioética sobre el fin de la vida.

Mi itinerario hacia las sombras de la muerte tiene varios capítulos. El primero es la historia de la muerte en occidente, inspirada en el conocido libro de *Ariès* con ese título, y que presta una matriz argumentativa al concepto de medicalización de la muerte y el respectivo proceso cultural. Su reverso es la mortificación de la medicina, con las nueve figuras de la nueva danza macabra (definición, participación, apropiación, transposición, postergación, paliación, administración, procuración y personalización) (Mainetti, 2000: 169-191).

Un segundo capítulo es el de la filosofía de la muerte, con sus contradicciones o paralogías (antinomía de la realidad, aporía del fenómeno y paradoja del sentido mortales), aplicada al tránsito de una muerte domiciliada hacia otra muerte hospitalizada, con la pérdida de naturalidad, autenticidad y dignidad (Mainetti, 2000: 169-191).

Un tercer capítulo y central, es el de la caracterización como complejo bioético de las decisiones al final de la vida, la muerte tecnológicamente intervenida (Pigmalión), moralmente autónoma (Narciso) y socialmente construida (Knock). Una humorografía de Quino sobre la escena clásica del lecho del moribundo, ilustra la nueva dramatización macabra por parte de sus actores (Mainetti, 2005).

Un cuarto capítulo ejemplifica el complejo bioético al final de la vida con los avatares del criterio de muerte encefálica desde que fuera formulado hasta hoy, en plena revisión por su analogía con la moraleja del cuento "El traje nuevo del emperador". En efecto, los miembros del comité de Harvard fueron los "pícaros" tejedores de la tela invisible que es la muerte cerebral y que todos consensuamos por conveniencia hasta comprobar que ella no existe en realidad. ¿Cómo es posible que hayamos sustituido la verdadera muerte (cardiorrespira-

toria) por otra artefactual (encefálica) cuando el neomuerto no está a la vista muerto, signos vitales mediante? Pero esta constatación, lejos de ser un obstáculo epistemológico para el criterio de muerte encefálica es por el contrario su auténtico fundamento. Porque si algo enseña el referido cuento consiste en que una cosa es el orden de la verificación y otra cosa es el orden de la legitimación. Lo que está realmente en juego con los criterios de muerte cerebral no es la verificación de la muerte (porque esos criterios no pueden aspirar nunca a ser ciertos) sino la legitimación de administrarla o procurarla conforme a los nuevos límites del esfuerzo terapéutico (Veatch, 2009 y Miller et al., 2009)<sup>1</sup>.

El quinto capítulo epitomiza los anteriores oyendo las últimas palabras de Sócrates relativas a la ofrenda de un gallo a Esculapio, porque amén de curar a los hombres y de resucitar a los muertos (lo que le valió el castigo de Zeus) les libraba por la muerte de todos los males de la vida. Nos preguntamos si no ha llegado el momento de pagar esa deuda, reconociendo a la medicina entre sus fines el de procurar un buen morir, incluyendo los medios extremos de la eutanasia y el suicidio asistido, hoy crecientemente oficializados en países centrales. Nuestro argumento consiste en que la medicalización de la muerte y la mortificación de la medicina conducen inevitablemente a una muerte intervenida y discreta, no-natural y convencional. Estaría entonces moralmente justificada la figura socrática de la "muerte sabia" en medicina, como alternativa a los modelos tradicionales de la "muerte heroica" y la "muerte sacralizada".

Sabido es que como modelo de muerte trascendida, espiritualmente sublimada, se distinguen la muerte del héroe, la muerte del santo y la muerte del sabio. La muerte heroica significa el sacrificio de la propia vida en la lucha por los valores con valor defendidos. La muerte sacra representa la redención por el sufrimiento, encarnada en la agonía y resurrección de Cristo. La muerte sabia enseña la filosofía como terapéutica, decisión racional de autoconsumar y ennoblecer la vida.

---

<sup>1</sup> De la abundantísima literatura reciente sobre el tópico, destaco dos referencias: Veatch, 2009 y Miller et al., 2009.

En la historia de la medicina occidental, el primer modelo -la muerte heroica- ha sido el dominante desde el positivismo: el paciente es el campo de batalla donde se libra el "bellum" contra "morbi et mortis" del arte de curar. El segundo modelo -la muerte santa- es una adquisición reciente en la medicina científica: los cuidados paliativos aceptan la mortalidad conservando el sentido cristiano, cirenaico, del sufrimiento. El tercer modelo -la muerte sabia, elegida- adviene como epítome de la muerte medicalizada: eutanasia y suicidio asistido blasonan la muerte digna y el buen morir como parte del derecho a la vida humana. Las últimas palabras de Sócrates conceden al dios de la medicina y sobre el arte que este ya tenía de curar e incluso resucitar a los mortales, el arte de morir por propia voluntad conforme a la tradición consagrada por su maestro Quirón, el centauro inmortal.

### **Bibliografía**

- Mainetti, José Alberto (2007) "Trasplantes de órganos: vida, muerte y resurrección", *Quirón*, 38(3-4), 63-66.
- (2005) *Agenda bioética*, La Plata, *Quirón*.
  - (2000) "Medicina y humanidad", *Compendio bioético*, La Plata, *Quirón*, 169-191.
- Miller, Franklin G., Truog, Robert (2009) "The incoherence of determining death by neurological criteria: a commentary on Controversies in the determination of death, a white paper by the President's Council on Bioethics", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 19(2), 185-193.
- Starzl, Thomas (1992) *The Puzzle People. Memories of a Transplant Surgeon*, Pittsburg, University of Pittsburg Press.
- Veatch, Robert M. (2009) "Defining and redefining life and death", *The Cambridge World History of Medical Ethics*, Robert Baker, Laurence B. Mccullough (edición), Cambridge University Press.