



ACTUALIZACIÓN

Potencia spinoziana: resistencia al control sobre el modo de morir

Fernanda Rangel Ramos¹, Túlio Batista Franco¹

1. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Departamento de Planejamento em Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, Brasil.

Resumen

Este ensayo analiza la toma de decisiones al final de la vida considerando el pensamiento de Foucault y de Spinoza. Se toman como referencia dos supuestos. El primero es el reconocimiento de la tecnología de gestión de la vida que busca ejercer poder sobre los cuerpos (biopoder) a través de un sistema disciplinario que prescribe formas de vida (biopolítica). El segundo supuesto considera el concepto de cuerpo de Spinoza y la teoría de los afectos. Se pudo concluir que, a pesar de los obstáculos para la toma de decisiones autónoma por parte de los pacientes, los individuos tienen un poder absoluto que les otorga protagonismo. Sin embargo, sus pequeños gestos suelen ser invisibles para los profesionales de la salud.

Palabras clave: Bioética. Toma de decisiones. Cuidado terminal. Autonomía personal.

Resumo

Potência spinoziana: resistência ao controle sobre o modo de morrer

Este ensaio discute a tomada de decisão no fim da vida considerando o pensamento de Foucault e Spinoza. São tomados como referência dois pressupostos. O primeiro é o reconhecimento de tecnologia de gestão da vida que busca exercer poder sobre os corpos (biopoder) por meio de sistema disciplinar que prescreve modos de viver (biopolítica). O segundo pressuposto considera o conceito de corpo e a teoria dos afetos de Spinoza. Pôde-se concluir que, apesar dos obstáculos à tomada de decisão autônoma por parte dos pacientes, os indivíduos têm potência absoluta que lhes dá protagonismo. Seus pequenos gestos, no entanto, muitas vezes são invisíveis ao olhar dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Bioética. Tomada de decisões. Assistência terminal. Autonomia personal.

Abstract

Spinozian power: resistance to control over death

This study discuss the issue of end-of-life decision-making, considering Foucault's ideas of a technology for managing life that exerts power over bodies (biopower) by a disciplinary system, and politics that prescribes ways of living (biopolitics), and Spinoza's concept of the body and affects (*affectus*). We conclude that, despite the numerous obstacles to autonomous decision-making by patients, individuals have an absolute power that favors their protagonism. However, their small gestures are often invisible to health professionals.

Keywords: Bioethics. Decision making. Terminal care. Personal autonomy.

Este ensayo pretende discutir la toma de decisiones al final de la vida partiendo de dos premisas. La primera es el reconocimiento de que hay una tecnología de gestión de la vida –técnicas de gobierno de las poblaciones que buscan ejercer biopoder sobre los cuerpos por medio de sistemas disciplinares y de una política que prescribe modos de vivir, la biopolítica—. Este debate auxilia la reflexión acerca de cómo la terminalidad se asocia a la cuestión del gobierno y del poder¹.

La segunda premisa parte de Spinoza², para quien el humano no sigue inerte el orden de la naturaleza, sino que tiene potencia absoluta sobre sus acciones y es determinado por sí mismo. De ese modo, en el contexto de la salud, la decisión, frecuentemente atribuida al profesional, especialmente al médico, tiene que ser tomada por los pacientes, quienes deben protagonizar el final de su vida.

Este activismo sobre sí mismo no es reconocido por los profesionales de salud que se centran únicamente en las posibilidades científicas de intervención en los cuerpos. Sin embargo, lo que muchas veces se observa es intensa actividad de individuos a los cuales ya no se atribuye vida plena, pero que en muchos casos preservan la capacidad de elegir su fin. Todo cuerpo tiene potencia y es capaz de afectar y verse afectado. La actividad del cuerpo, su vitalidad, se mide por esta capacidad de afectar, que aumenta o reduce la posibilidad de actuar³.

Se entiende que esas dos premisas dialogan entre sí, al articular la dimensión societaria y de gobierno de los vivos con la micropolítica de los afectos, en que hay alta potencia de acción y resistencia a los mecanismos de control. Si se toma por referencia la idea de que vida y muerte se relacionan con el contexto social, ambiental y con los modos de vida de determinado tiempo, importa percibir que la urbanización acelerada a partir de la década de 1970, que resultó en la migración de la población del campo para las ciudades, transformó el perfil demográfico de Brasil⁴.

Como consecuencia de los avances tecnocientíficos que acompañaron ese proceso, hubo caída de la tasa de natalidad y aumento de la expectativa de vida al nacer⁴. El fenómeno de la urbanización cambió aún más el perfil alimentario y de actividad física de la población, lo que ha aumentado la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas. Esos factores, asociados a las nuevas técnicas de mantenimiento y prolongación de la vida, han dilatado el proceso de muerte, lo que intensifica el padecimiento del enfermo^{4,5}.

Por lo tanto, crece la preocupación con cuestiones relacionadas al fin de la vida, lo que incluye el cuidado y la prevención del sufrimiento. Entre esas

cuestiones está la comunicación entre pacientes, familiares y profesionales de salud. Considerar el tratamiento al que la persona quiere ser sometida, incentivando la toma de decisión compartida, es parte de la buena práctica clínica⁶.

En las situaciones en las que el profesional toma la decisión por el paciente, no es solo el pronóstico que influye en el juicio, sino también valores y creencias personales. Sin embargo, no siempre la opinión del personal médico coincide con los valores del paciente y sus familiares. Sprung y colaboradores⁷ mostraron que, mientras profesionales valoran más la “calidad de vida”, personas atendidas atribuyen más valor a la vida en sí, a pesar de su bienestar⁶⁻⁹.

Para evitar decisiones equivocadas, Schwarz⁸ sugiere que la toma de decisiones se comparta tanto con los miembros del equipo como con los pacientes y sus familiares. Para el autor, la discusión y la deliberación en conjunto, además de contemplar los mejores intereses del paciente, favorecen la reflexión moral. En la práctica, sin embargo, no hay igualdad de derechos en la comunicación, ya que las partes tienen acceso desigual al poder de decidir¹⁰.

Para Rego y Palácios, en general *la muerte se da por decisión médica, sin la participación ni del paciente ni de sus familiares*¹¹. No obstante, la cuestión de cuándo y cómo morir no se debería considerar como derecho del profesional, sino del titular de la vida. Antes de ser médico, el problema se refiere a la autonomía de las personas y al derecho a la muerte digna¹². Al considerar la importancia y la complejidad del tema, este ensayo discute cómo ocurre el proceso de toma de decisiones al final de la vida, dados los diversos mecanismos involucrados.

Dispositivos en la terminalidad de la vida

Según Bitencourt y colaboradores¹³, Hipócrates, el “padre de la medicina”, defendió elevados estándares morales para la profesión al definir como objetivos para la práctica médica aliviar el sufrimiento, disminuir la agresividad de la enfermedad y no exponer al enfermo a tratamientos cuando no hay más beneficio posible. El filósofo afirmaba que la medicina no debía tratar a aquellos a los que la enfermedad venció, admitiendo la impotencia ante casos en que no hay perspectiva de curación.

La evolución de la ciencia, de la tecnología y de los medicamentos trajo beneficios al tratamiento de los pacientes críticamente enfermos, pero también la posibilidad de postergar la muerte por tiempo indefinido. El uso indiscriminado de recursos

artificiales prolongó la vida, pero a cualquier costo, manteniendo funciones vitales sin el mínimo respeto a la dignidad humana del paciente¹⁴.

Según Villas-Bôas¹⁵, se practica distanasia cuando el tratamiento no alcanza más sus objetivos y los recursos terapéuticos se utilizan para prolongar la vida de pacientes con enfermedades incurables, sin posibilidades reales de éxito y beneficios significativos al pronóstico y a la calidad de vida. El sufrimiento, entonces, se vuelve más grande que el beneficio, y en tales casos es inhumano persistir con el tratamiento. Si sucede a pesar del enfermo, la distanasia no sólo elimina la comodidad, sino que también hiere la dignidad humana^{9,15}.

La dificultad en lidiar con la muerte, sentida tanto por pacientes y familiares como por profesionales de salud, ha favorecido esa práctica. Aunque no exista deber legal que imponga tal conducta, equipos todavía invierten en el tratamiento del paciente terminal por temor a la restricción legal, buscando defenderse de acusaciones de mala práctica¹⁶⁻¹⁸. Pero el hecho de que los recursos existan no significa que hay que utilizarlos en todos los pacientes, en todo momento y bajo cualquier circunstancia, pues no todo lo que es técnicamente posible es éticamente correcto^{15,19}.

Hasta el siglo XX, se consideraba a la muerte un proceso natural, el destino común de los seres vivos. En el período que precede a la tecnificación de la medicina, se moría en casa, y familiares, amigos y conocidos rodeaban al moribundo, a quien le acompañaba un religioso encargado de conducir los rituales mortuorios. Esa forma relativamente sencilla y tranquila de encarar el fin de la vida se ha olvidado a medida que los avances de la medicina se hicieron presentes. Frente a fármacos, exámenes, procedimientos clínicos y quirúrgicos cada vez más eficaces, se pasó a considerar a la muerte algo pavoroso, una transgresión a la vida que en la segunda mitad del siglo XX definitivamente se vuelve inconveniente, tabú. A partir de entonces ya no se muere en casa, sino en el hospital²⁰.

Otros factores que motivan la distanasia son la idea equivocada de que ella es una forma de cuidado y la referencia al modelo biologicista, que enfatiza la salud como intervención competente sobre el cuerpo depositario del proceso mórbido. La fascinación por los avances tecnológicos de la industria de equipos, impulsada por estrategias de *marketing*, medios de comunicación y microestructuras de intervención en el entorno laboral, intensifica la percepción de que la muerte es un obstáculo que se puede (y debe) superar por la ciencia y la medicina²¹. Esto se refleja en la formación de los profesionales, que aprenden mucho sobre la tecnología de vanguardia, sobre cómo salvar vidas, pero poco sobre la muerte.

Los profesionales no están preparados para hacer frente al final de la vida²².

En ese contexto, la ortotanasia surge para contemplar el morir bien, al utilizar recursos de cuidado para pacientes con enfermedades sin cura, de modo a proporcionar condiciones para una muerte digna, serena, trabajando especialmente la dimensión afectiva a la hora de morir. Se le defiende siempre que no haya más posibilidad de recuperación y el enfermo pueda tomar la decisión sobre el tratamiento de forma lúcida y responsable. La ortotanasia valora la autonomía del individuo al respetar sus creencias, sus intereses y necesidades personales^{9,15,20}, evitando que se utilicen procedimientos indiscriminadamente. Su objetivo es proporcionar consuelo al paciente. No se considera delito ese abordaje, pues comprende la indicación o no de determinado tratamiento, sin abreviar ni prolongar la vida del paciente, y se fundamenta en los principios bioéticos^{15,23}.

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda cuidados paliativos en casos de enfermedades que amenazan la vida. Conforme Oliveira, la OMS define ese tipo de asistencia como *abordaje que promueve calidad de vida de pacientes y sus familiares (...) por medio de la prevención y alivio del sufrimiento. Requiere la identificación temprana, evaluación y tratamiento impecable del dolor y otros problemas de naturaleza física, psicosocial y espiritual*²⁴. El objetivo del cuidado paliativo no es curar o controlar la enfermedad, sino promover la comodidad del paciente sin interferir en la evolución de la enfermedad. Su finalidad es obtener una mejor calidad de vida al controlar el dolor y aliviar síntomas, de modo a garantizar la dignidad de la persona y humanizar el proceso de muerte^{15,25}.

Ya la eutanasia se entiende como anticipación de la muerte, por voluntad del paciente, como alternativa humanitaria para interrumpir un sufrimiento insostenible. El posicionamiento contrario a ese acto tiene como base el principio de la sacralidad, según el cual la vida es un bien concedido por la divinidad, y por lo tanto es siempre digna de vivirse. Según esa concepción, a pesar del sufrimiento, la vida del paciente no se puede interrumpir, ni siquiera si esa es la voluntad expresada por la propia persona^{5,26}.

Además, existe el miedo a la muerte –calificada como mala–, que conduce a la objeción primaria contra la eutanasia activa y voluntaria del otro. Igualmente, desde el punto de vista del profesional de la salud, en especial el médico, desde la formación se trata la muerte como un error, como adversario a combatir y vencer. Así, la dialéctica vida-muerte pasa a estar siempre presente: o el médico acierta o el paciente muere^{26,27}.

Sin embargo, hay voces a favor de la eutanasia que, basadas en el principio de autonomía, defienden la libertad de elección del individuo, permitiendo que este defina el desenlace de su vida, aunque su decisión sea acabar con el sufrimiento por medio de la propia muerte²⁶. La persona más indicada para decidir sobre el final de su vida es ella misma. Parece coherente respetar su deseo de cesar el sufrimiento insoportable e indeseable o, por el contrario, de seguir padeciendo, si esa es su voluntad^{12,26}.

La decisión sobre el final de la vida es un derecho moral de cada individuo, y como tal se debe respetar por la sociedad y proteger por el Estado de derecho. A pesar de graduarse para salvar vidas, el médico debe reconocer los valores del paciente, y entender que su conocimiento técnico no se debe superponer a la decisión del individuo sobre su propia existencia. Además, el principio de autonomía coloca al paciente como única autoridad moral sobre su cuerpo. En principio, nadie tiene derecho a decidir por él o limitar su decisión^{12,28}.

Los seres racionales toman decisiones libres y, por lo tanto, autónomas. El individuo, como unidad mínima de la moral, elige para sí lo que considera fundamental, así como define cómo desea vivir y lo que considera vida digna —y eso se debe extrapolar a la muerte—. Así, se considera inmoral impedir decisiones sobre la terminalidad tomadas por individuos capaces de determinar su propio fin¹². Las actitudes paternalistas, a menudo basadas en el principio de sacralidad, niegan lo que la persona elige por sí misma.

Esa injerencia viola la autonomía e impone una condición de minoridad que niega la autoría del sujeto sobre la propia vida. No se puede negar al individuo, que tomó decisiones sobre todos los aspectos fundamentales de su existencia, el derecho a decidir sobre su fin. Lo que debería ser sagrado es el respeto a la persona, a la autonomía del paciente y a su dignidad.

De esta forma, la cuestión clave en la asistencia al final de la vida es la de la decisión informada²⁹. Los profesionales deben comunicar al enfermo los datos de su condición sin ningún juicio de valor, y la decisión es de entera responsabilidad del paciente o de su representante. Vale la pena señalar, sin embargo, que no se trata de transferir la responsabilidad al paciente, sino de proporcionar la información técnica necesaria, asegurarse de que se haya entendido y respetar la elección consciente y autónoma.

El poder del Estado y la toma de decisiones al final de la vida

Desde el siglo XVII hasta la primera mitad del siglo XVIII, las técnicas de poder se centraban

esencialmente en el cuerpo, a través de la tecnología disciplinaria del trabajo, individualizadora. En la segunda mitad del siglo XVIII, surge una nueva tecnología de poder, masificadora, que tenía como objetivo no llegar más al hombre-cuerpo, sino al hombre-especie. Como describe Foucault³, pasa de la “anatomopolítica” a la “biopolítica”.

En ese momento surgen los objetos de saber, que traen informaciones sobre natalidad, mortalidad y longevidad. La medición estadística de esos fenómenos genera las primeras demografías, que evidencian los primeros objetivos de la biopolítica, definiendo su campo de intervención. Esta nueva política tiene mecanismos diferentes, reguladores en lugar de disciplinarios, pero que controlan el comportamiento de la misma manera, con el objetivo de mantener el equilibrio general¹.

El poder de hacer morir o dejar vivir, soberano, da lugar al biopoder, que controla accidentes, adversidades y eventualidades para proporcionar más vida y así mantener la fuerza de trabajo. Al ser cada vez más el derecho de hacer vivir, ese poder descalifica la muerte y sus ceremonias, haciéndolas pasar por vergonzosas³. Asume un nuevo campo, que consiste no solo en organizar la vida y hacer vivir, sino en hacer vivir incluso más allá de la “muerte”.

El biopoder puede hacer que la persona viva incluso cuando, biológicamente, debería morir, lo hace posible la práctica de la distanasia, que es la intersección entre la soberanía sobre la muerte y la regulación de la vida³. Del mismo modo, el Estado posee el control sobre quién debe vivir al prohibir la práctica de la eutanasia a aquellos que decidieron por eso autónomamente. En resumen, el biopoder pasa a configurar la gobernabilidad y transforma la vida en su objeto.

Relación médico-paciente y el poder saber

En la relación médico-paciente, el profesional supuestamente posee el conocimiento científico, y por lo tanto está siempre en posición jerárquicamente superior en la toma de decisiones sobre salud, modos de vida, proyectos terapéuticos y momento de la muerte. Así, el médico tendría el poder de definir lo que es correcto, qué hábitos se deben seguir y cuáles son las mejores conductas. Esta situación, por sí sola, ya somete al paciente a la relación desigual y asimétrica^{1,3}.

Ese posicionamiento se construye desde los siglos XVII y XVIII, cuando la medicina era clasificatoria, enfocada en el cuadro nosográfico. La mirada superficial del médico analizaba y categorizaba la enfermedad. A fines del siglo XVIII, este tipo de práctica dio paso a

la medicina clínica, debido a la mutación en el orden del conocimiento médico. Entonces surgieron nuevos “códigos del saber”, fundados en la percepción. Mientras la medicina clásica catalogaba las enfermedades en el intento de ilustrar la teoría, la medicina clínica funda su objeto en la sensorialidad del saber³⁰.

En el siglo XIX nace la “anatomoclínica”, conforme nomenclatura de Foucault³⁰, a partir de la conjunción de la práctica clínica con la anatomía patológica. Se pasa a explorar un nuevo dominio, el de la anatomía. La propuesta es localizar la enfermedad en el órgano afectado y, de ese modo, definir el cuerpo enfermo como ámbito de la percepción médica. Junto a la medicina, como práctica y ciencia, se reorganizó también el dominio hospitalario, que asumió la función de espacio para práctica médica y construcción del saber. La medicina anatomoclínica entrega al individuo inerte al conocimiento, como objeto a decifrarse por la autopsia.

La asistencia actual tiene como foco la enfermedad y el tratamiento prescriptivo, lo que simplifica y refuerza el trabajo médico. Las tecnologías más relacionales, que consideraban al individuo integralmente, resultante del proceso salud-enfermedad e influenciado por factores socioambientales, perdieron espacio para el consumo exagerado de tecnologías instrumentales^{31,32}.

Merhy³² describe la actuación del médico a partir de tres “maletas”. La primera, vinculada a las manos, se refiere a equipos e instrumentos (tecnologías duras). La segunda, relacionada a la cabeza, abarca saberes, conocimientos sobre la clínica y epidemiología (tecnologías ligeras-duras). La tercera se relaciona con la relación trabajador-usuario (tecnologías ligeras).

Una determinada disposición de estas tres maletas permite la intervención médica con énfasis en los procedimientos, centrándose solo en las posibilidades técnicas, sin prestar atención a las necesidades y planes del individuo, para favorecer, por ejemplo, la práctica de la distanacia. Otros arreglos, sin embargo, pueden generar intervención centrada en el cuidado, más atenta al proyecto de vida del paciente y más favorable a la toma de decisiones autónoma al final de la vida. El primer enfoque, basado en el consumo de tecnología y procedimientos, se estimula por la lógica capitalista, que vislumbra en la medicina productiva un campo de inversión³².

Normalización de la vida

Al fundamentar las definiciones sobre la vida y la muerte del individuo, hay relaciones concretas de

poder y saber. En el campo del cuidado en salud, no se ejerce el poder por la fuerza, por los aparatos del Estado, sino por saberes específicos y tecnologías de control y ordenación que, bajo el pretexto de desarrollar el bienestar, sujetan a los individuos a dispositivos estratégicos de gestión de la vida. El Estado no es el único poseedor del poder; hay varios micropoderes articulados a él que actúan en la sociedad³³.

Las disciplinas actúan por medio de la coerción ininterrumpida, al escudriñar el espacio, el tiempo y el movimiento, y ordenar la multiplicidad humana para facilitar el ejercicio del poder. Perfeccionan el cuerpo desde un punto de vista económico, pero minimizan su fuerza política. Por medio de ellas, las relaciones de poder pueden funcionar de forma más discreta, al transformar multitudes confusas y políticamente peligrosas en multiplicidades ordenadas y dóciles^{3,33}.

Al igual que la vigilancia, la normalización se convirtió en uno de los grandes instrumentos de poder al final de la época de la medicina clásica. Ella instituye parámetros de normalidad, categoriza y distribuye clases^{3,33}. La norma surge por medio de la disciplina y establece lo común como principio de coerción ya en la enseñanza, mediante educación estandarizada. Y lo mismo ocurre en el espacio hospitalario^{3,33}. Una de las estrategias de normalización en medicina es el examen, que combina jerarquía y sanción. La mirada del examen se normaliza: califica, clasifica y castiga, realiza la ceremonia del poder y establece la verdad. Se trata de técnica tanto del poder como del saber —no por casualidad, una de las más utilizadas en hospitales—^{3,33}.

A partir del siglo XVIII, con el surgimiento de la biología como ciencia de la vida, los mecanismos de poder se vuelven al cuerpo y actúan sobre los individuos a través de la norma, el saber, la disciplina y las regulaciones³. Con las transformaciones en el derecho político, el poder, antes ejercido por la prerrogativa de dejar vivir o hacer morir, pasa a tener como propósito garantizar, sostener, reforzar, multiplicar y ordenar la vida. Las tecnologías políticas se proliferan, e invierten en el cuerpo, la salud, la alimentación, los hábitos y todos los aspectos de la existencia^{3,33}.

En el siglo XIX, a partir del control, de la vigilancia y del examen, se conforma el saber sobre el ser humano que define lo normal y lo anormal. Saberes y prácticas pasan a ordenar las multiplicidades humanas y homogeneizan las diferencias por medio de la disciplina y de la normalización. Los procesos de inclusión y exclusión social se alimentan de acuerdo con el binomio normal/anormal³³.

“Normal” comienza a designar, además del prototipo escolar, estado de salud orgánica. El término se establece en varios campos como principio de coacción. En el hospital, esto se da por medio de un cuerpo médico capaz de hacer funcionar normas generales, entre ellas la de la vida. Lo “normal” es vivir, tener salud, y todo lo que sea diferente de eso se considera anormal e inaceptable³³. La medicina considera que la enfermedad y la muerte son desviaciones. Su objetivo es devolver al organismo al estado saludable, y todo se hace para que el individuo viva y recupere la salud. El paciente que ya no quiere vivir huye de la norma establecida científicamente³³.

Las formas de resistir a la normalización son las técnicas del gobierno y el autocuidado, el arte de no ser gobernado³³. A partir del final del siglo XX, ocurre una mayor concientización y consecuente valorización de la lucha contra la sujeción de los individuos. Foucault³⁴ hace pensar en formas de poder alternativas a los saberes y poderes modernos, como el de las ciencias biomédicas, y enfoca la relación del individuo consigo mismo.

Derivada de procesos económicos y sociales, la sujeción se basa en saberes y poderes que ejerce el Estado, que determinan formas de subjetividad. Los análisis de Foucault buscan modos de resistir por medio de la elaboración de subjetividad propia, alejada del poder normalizador de las leyes y de las ciencias. Para el autor, no hay otra forma de resistir al poder político sino se parte de la relación consigo mismo, que se centra en la constitución de sí como sujeto moral activo³³. La preocupación con el cuidado de sí creció y cambió conceptos, construyó estrategias críticas y problematizó la relación del sujeto con la “verdad”³³.

Medicalización de la vida y la muerte

La medicalización de la vida y la muerte creció en los últimos 50 años. El alcance de este proceso y sus efectos preocupa a investigadores de la salud y de las humanidades³⁵. Foucault³⁴ colabora con el debate, pero la medicalización que describe corresponde al proceso histórico que va desde finales del siglo XVII hasta principios del XIX, con el surgimiento de la biopolítica y el control del cuerpo por medio de la pedagogización de la sexualidad de los niños, histerización de las mujeres y psiquiatría de las perversiones.

Para Foucault³, es imposible que esas experiencias con el cuerpo humano no pasen, de alguna forma, por la medicina, edificada como institución del control social³⁶. Esto pasaría por la imposición,

independientemente del estado de salud del sujeto, de políticas sistemáticas de seguimiento de la población en busca de enfermedades, por el examen psiquiátrico obligatorio de los acusados de delitos y por la ausencia de vivencias corporales no médicas^{3,36}.

A partir del siglo XX, las ciencias no médicas pierden cada vez más espacio para las ciencias médicas, y la medicalización ya no encuentra límites para definir lo que es normal y anormal. La enfermedad mental, producida socialmente, se considera desviada. Todo tipo de problema se define como trastorno médico^{3,36}. La medicalización consiste, por lo tanto, en la expansión de la medicina más allá de su campo tradicional, y crea nuevas enfermedades al considerar cualquier trastorno antes no tratable como susceptible de tratamiento. Como consecuencia, aumenta el consumo de medicamentos y métodos de diagnóstico, lo que alimenta la industria farmacéutica y de biotecnología^{35,37}.

Corrêa³⁸ habla en “medicalización social”, que define como una redescipción de eventos fisiológicos y comportamientos sociales que tiene efecto sobre el consumo médico y la producción de conocimiento. La autora entiende la medicalización como forma por la cual el avance tecnológico influye en la medicina, al crear procedimientos y productos y establecer normas de conducta. El proceso tiene la posibilidad de una ampliación ilimitada, ya que cualquier condición se puede reescribir en términos médicos.

La medicalización etiqueta, describe enfermedades y autoriza experiencias con el cuerpo en nombre del “avance” y de la búsqueda de la “cura”, lo que culmina en la privación de la autonomía de los individuos, que se convierten en objetivos pasivos de los dispositivos de control médico. Con eso, la medicina pasa a regular el comportamiento social del individuo, dificultando la toma de decisiones relativas al propio cuerpo y destino. Los miembros de un grupo autoritario dictan normas sobre cómo deben comportarse otros grupos, y los pacientes no tienen la oportunidad de cuestionar las decisiones de los especialistas. De este modo, la medicalización actúa como imperialismo médico^{36,38}.

Este proceso solo fue posible debido al desarrollo tecnológico, que, a pesar de los muchos beneficios, trajo efectos indeseables, como la mercantilización de la salud. La medicalización de la vida y la muerte es una práctica que se diferencia de los principios morales y éticos de la medicina³⁵. Sin embargo, vale la pena señalar que esto no se debe a la tecnología en sí, sino a su mal uso. La idea de que la técnica puede proporcionar una vida cada vez mejor da la idea de que el progreso sería ilimitado. Pero el cuerpo tiene límites³⁵.

Con la medicalización, la medicina participa cada vez más en el proceso de morir. La muerte deja de ocurrir en el hogar, con los miembros de la familia, y se institucionaliza. Se ve la medicina como milagrosa, como un saber que todo cura; pero la muerte es inevitable, y no se reduce a la cuestión médica^{35,36}.

Protagonismo del paciente

El término “paciente” refuerza la relación asimétrica y, a pesar de utilizarse rutinariamente, se debe problematizar, una vez que el individuo, incluso si es portador de una enfermedad incurable, es activo. Cada ser humano tiene biografía y el derecho a ser informado sobre su enfermedad y las opciones de terapia disponibles. Es necesario respetar su autonomía en la elección de su tratamiento²³. Si se parte de la idea de potencia², debe haber protagonismo del paciente en la toma de decisiones.

Según Spinoza², todo cuerpo tiene una potencia, y ser libre es ejercitarla al máximo. Por consiguiente, se sujetaría a la servidumbre el ser que tiene sus afectos regulados y restringidos por la impotencia. El filósofo define los afectos como ideas confusas, pasiones primarias del alma, como alegría y tristeza. Estas sensaciones pueden aumentar o reducir la potencia de actuar, que es afectada por las relaciones, y el propio individuo es quien determina los remedios contra los afectos².

Los poderes establecidos necesitan nuestra tristeza, nuestra potencia negativa, para reducir la potencia de actuar y hacernos esclavos. Por lo tanto, controlar los afectos sería una estrategia para desenredarse de estos poderes. Tener una idea clara y distinta de estas pasiones es distinguirlas por la razón. Cuanto más un afecto esté bajo el poder del individuo, cuanto más se sepa, menos sufrirá la mente por su causa².

Franco y Galavote³⁹ analizan un caso que muestra la insuficiencia de la clínica biologicista como la concibe el poder hegemónico con base en el modelo Flexner⁴⁰. El ejemplo ilustra perfectamente la suposición de que los afectos operan la producción de uno mismo y del otro y configuran modos de vida por los cuales un cuerpo pide reconocimiento.

El caso trata de un individuo que sufrió un accidente y se le informó de que su pronóstico era reservado y le quedaban pocos meses de vida. Después del alta, además de que el estado de salud no evolucionó, a pesar del acompañamiento técnico domiciliario, el paciente comenzó a languidecer. Sin embargo, después del cambio del cuidador, su recuperación fue notable.

La hipótesis para esta mejora se refiere a aspectos subjetivos. Con el cambio del profesional, se puede haber activado la potencia de actuar del individuo, hasta entonces inerte³⁹. Desde el pronóstico, los médicos tomaron por el paciente la decisión de renunciar. Cuando retoma las riendas de su vida, que vuelve a tener sentido, el individuo se vuelve un ser altamente deseante, potente. En ese proceso, la relación médico-paciente se mostró fundamental.

La comprensión puramente biológica de cuerpo, como estructura o sistema en funcionamiento, es insuficiente para una intervención eficaz, lo que impide la atención a las necesidades del individuo. Como contrapunto, surge el concepto de cuerpo sin órganos, lo que posibilita otras prácticas de cuidado al operar por los afectos³⁹.

Con el conocimiento del cuerpo anatomoclínico surge el criterio de verdad de la clínica de la mirada, caracterizada por el “ojo-retina”, que ve el plano visible, pero no la subjetividad, como si el cuerpo se redujera a su estructura³⁹. Esta clínica ignora el cuerpo sin órganos, centrado en la dimensión relacional, capaz de recuperar su potencia de actuar en el mundo: el cuerpo sensible, inaprensible al “ojo-retina”³⁹.

Cuando no se estimula la fuerza vital del paciente, es difícil activar su energía que desea, su potencia para el cuidado de sí mismo. El individuo entonces se vuelve más propenso a dejar el poder de decisión en manos del otro, de los dotados del saber. En el caso citado³⁹, en el primer momento se vio al paciente por el prisma del pensamiento hegemónico, como cuerpo anatomofisiológico considerado muerto en la dimensión relacional. Entonces, el individuo tuvo un mal encuentro, que produjo “pasiones tristes” que redujeron su fuerza de deseo y su capacidad para actuar en el mundo.

En el segundo momento, como informa el estudio, el afecto es mutuo. Cuidador y paciente tienen su potencia de actuar aumentada por “pasiones alegres”, y el cuidado toma otro rumbo. Así, Franco y Galavote³⁹ sugieren que el ojo-retina es insuficiente para cuidar de quien sufre y, como alternativa, proponen la conjunción del cuerpo sin órganos con el cuerpo anatomoclínico. Para los autores, la clínica de los afectos, junto a la clínica de la mirada, es herramienta necesaria para la asistencia integral a la salud.

Consideraciones finales

Las cuestiones que se relacionan con la terminalidad están en evidencia en las últimas décadas,

especialmente debido a las posibilidades generadas por el desarrollo biotecnocientífico. Sin embargo, aunque las nuevas tecnologías permitan diversos modos de morir, la cuestión central en esa fase de la vida es la toma de decisión, que debe involucrar pacientes y familiares debidamente informados sobre opciones de tratamiento, consecuencias y perspectivas.

Al individuo que vivió toda su vida con base en sus elecciones se debe permitir también elegir su fin. A pesar de los muchos factores que dificultan la toma de decisión, prevalece el protagonismo del paciente. El profesional debe ser sensible a pequeños gestos que pueden indicar decisiones, como la

adhesión o no al tratamiento. Estos signos son la opción terapéutica del paciente, que está tratando de tomar el control de su cuerpo.

En la micropolítica de los cuidados, el paciente muchas veces toma decisiones invisibles a la mirada de los profesionales de la salud agenciados por la biomedicina. La decisión del individuo está presente, solo necesita reconocerse. Por lo tanto, incluso sin curación, hay posibilidades terapéuticas que surgen del paciente mismo. Sea la decisión de decretar un “basta” o de ir hasta el final, lo que él decide, lo que hace consigo mismo en ese final de vida, es parte del “cuidar a sí mismo”.

Referencias

1. Foucault M. Do governo dos vivos. São Paulo: CCS; 2010.
2. Spinoza B. Ética. Belo Horizonte: Autêntica; 2014.
3. Foucault M. Em defesa da sociedade. 2ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2012.
4. Vaz DS, Remoaldo PCA. A geografia da saúde brasileira e portuguesa: algumas considerações conceituais. *Geosp Espaço Tempo* [Internet]. 2011 [acesso 27 jul 2020];15(3):173-92. DOI: 10.11606/issn.2179-0892.geosp.2011.74242
5. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
6. Silvester W, Detering K. Advance directives, perioperative care and end-of-life planning. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2011 [acesso 21 jan 2016];25(3):451-60. DOI: 10.1016/j.bpa.2011.07.005
7. Sprung CL, Carmel S, Sjøkvist P, Baras M, Cohen SL, Maia P *et al*. Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the Ethicatt study. *Intensive Care Med* [Internet]. 2007 [acesso 10 jun 2019];33:104-10. DOI: 10.1007/s00134-006-0405-1
8. Schwarz JK. Responding to persistent requests for assistance in dying: a phenomenological inquiry. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2004 [acesso 10 jun 2019];10(5):225-35. DOI: 10.12968/ijpn.2004.10.5.13071
9. Menezes MB, Selli L, Alves JS. Distanásia: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2009 [acesso 21 jan 2016];17(4). DOI: 10.1590/S0104-11692009000400002
10. Minetti A. Working together: an interdisciplinary approach to dying patients in palliative care unit. *J Med Ethics* [Internet]. 2011 [acesso 10 jun 2019];37:715-8. DOI: 10.1136/jme.2010.040980
11. Rego S, Palácios M. Cuidado médico e o fim de vida. In: Lopes D Jr, Iacomini V, coordenadores. Bioética e biodireito: fim da vida. Curitiba: Juruá; 2015. p. 89-109. p. 102.
12. Dias MC. A decisão sobre o fim da vida: um direito fundamental. In: Lopes D Jr, Iacomini V, coordenadores. Op. cit. p. 111-22.
13. Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBCS, Almeida AM, Melo RMV, Albuquerque LC *et al*. Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2007 [acesso 10 jun 2019];19(2):137-43. DOI: 10.1590/S0103-507X2007000200001
14. Baruzzi ACA, Ikeoka DT. Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. *Rev Assoc Méd Bras* [Internet]. 2013 [acesso 10 jun 2019];59(6):528-30. DOI: 10.1016/j.ramb.2013.06.018
15. Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. *Rev Bioética* [Internet]. 2008 [acesso 10 jun 2019];16(1):61-83. Disponível: <https://bit.ly/39xfMM8>
16. Roxin C. A apreciação jurídico-penal da eutanásia. *Rev Bras Ciênc Crim*. 2000;32:9-38.
17. Monteiro F. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialéctica da alta tecnologia em medicina intensiva. *Rev Port Pneumol* [Internet]. 2006 [acesso 10 jun 2019];12(3):281-91. Disponível: <https://bit.ly/2EoVau9>
18. Terzi RGG. O doente terminal. In: Birolini D, Helito AS, organizadores. Análise crítica da prática médica. São Paulo: Campus; 2010. p. 164-77.
19. Vincent JL. Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2004 [acesso 10 jun 2019];134(5-6):65-8. Disponível: <https://bit.ly/303oU8b>
20. Ogando B, García C. Morir con propiedad en el siglo XXI. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2007 [acesso 10 jun 2019];22(3):147-53. DOI: 10.1016/S1134-282X(07)71210-1
21. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde Debate*. 2003;27(65):316-23.

22. Vane MF, Posso IP. Perception of physicians of intensive care units of the Clinicas Hospital complex about orthothanasia. *Rev Dor [Internet]*. 2011 [acceso 10 jun 2019];12(1):39-45. DOI: 10.1590/S1806-00132011000100009
23. Santana JCB, Santos AV, Silva BR, Oliveira DA, Caminha EM, Peres FS *et al*. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Rev. bioét. (Impr.) [Internet]*. 2013 [acceso 10 jun 2019];21(2):298-307. DOI: 10.1590/S1983-80422013000200013
24. Oliveira RA, coordenador. *Cuidado paliativo*. São Paulo: Cremesp; 2008. p. 16.
25. Santana JCB, Rigueira ACM, Dutra BS. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma unidade de terapia intensiva na percepção dos enfermeiros. *Bioethikos [Internet]*. 2010 [acceso 10 jun 2019];4(4):402-11. Disponível: <https://bit.ly/39uO8PQ>
26. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2004 [acceso 10 jun 2019];9(1):31-41. DOI: 10.1590/S1413-81232004000100004
27. Ramsey C. The right to die: beyond academia. *Monash Bioeth Rev [Internet]*. 2016 [acceso 10 jun 2019];34:70-87. DOI: 10.1007/s40592-016-0056-0
28. Gracia D. *Bioética clínica*. Santa Fé de Bogotá: El Buho; 1998.
29. White DB, Malvar G, Karr J, Lo B, Randall Curtis J. Expanding the paradigm of the physician's role in surrogate decision-making: an empirically derived framework. *Crit Care Med [Internet]*. 2010 [acceso 10 jun 2019];38(3):743-50. Disponível: <https://bit.ly/3hF706t>
30. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
31. Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde [Internet]. 15 jan 2002 [acceso 27 jul 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3jG2WAS>
32. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface Comun Saúde Educ [Internet]*. 2000 [acceso 10 jun 2019];4(6):109-16. DOI: 10.1590/S1414-32832000000100009
33. Portocarrero V. *As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
34. Foucault M. *Segurança, território, população*. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2008.
35. Cernadas JMC. La creciente medicalización de la vida: ¿somos los médicos conscientes de los perjuicios que produce? *Arch Argent Pediatr [Internet]*. 2012 [acceso 10 jun 2019];110(6):459-61. DOI: 10.5546/aap.2012.459
36. Zorzanelli RT, Ortega F, Bezerra B Jr. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2014 [acceso 10 jun 2019];19(6):1859-68. DOI: 10.1590/1413-81232014196.03612013
37. Bury M. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. *Sociol Health Illn [Internet]*. 2009 [acceso 10 jun 2019];31(1):147-8. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2008.01145_1.x
38. Corrêa MV. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
39. Franco TB, Galavote HS. Em busca da clínica dos afetos. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 176-99.
40. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Méd [Internet]*. 2008 [acceso 10 jun 2019];32(4):492-9. DOI: 10.1590/S0100-55022008000400012


Participación de los autores

Fernanda Rangel Ramos hizo la investigación bibliográfica, elaboró y redactó el artículo. Tulio Batista Franco colaboró en la revisión del texto y dio sugerencias en la finalización de la escritura.


Correspondencia

Fernanda Rangel Ramos – Universidade Federal Fluminense. Departamento de Planejamento em Saúde. Av. Marquês do Paraná, 303, anexo, 3º andar, Centro CEP 24033-900. Niterói/RJ, Brasil.

Fernanda Rangel Ramos – Doctora – fernandarangel@hucff.ufrj.br

 0000-0002-6802-7969

Túlio Batista Franco – Doctor – tuliofranco@gmail.com

 0000-0001-7372-5262

