

# COLABORACIONES

## LA "MUERTE" ENCEFALICA Y LA DETERMINACIÓN PRÁCTICA DE LA MUERTE: OTRA OPINIÓN DISIDENTE

**Dr. Alejandro Serani Merlo**

*Médico Neurólogo, Doctor en Filosofía. Chile.*

### I. La muerte humana, su significado, su idea y su dictamen

La muerte humana, como hecho, tiene una tal riqueza y profundidad de significados, que desafía todo intento de abarcarlos. La determinación práctica de la muerte - que es el tema que nos ocupa-, tiene que ver con una cuestión puntual al interior de ese vasto y complejo panorama de la muerte humana. La determinación concreta de la muerte, con ser de alcance muy modesto, tiene, no obstante, evidentes connotaciones prácticas y no deja de aludir a cuestiones de más alto significado.

La realidad de la muerte y la necesidad de juzgar acerca de su ocurrencia, son hechos que acompañan de modo tan consubstancial a nuestra condición, que es posible afirmar que no hay ni ha habido comunidad humana que no haya tenido alguna idea acerca de la muerte y que no se haya visto en la necesidad práctica de dictaminarla. El mismo hecho que, desde tiempos inmemoriales, el ser humano haya sido capaz de resolver exitosamente el

problema dictaminar la muerte -salvo situaciones excepcionales-, nos muestra que su reconocimiento es, por lo general, suficientemente evidente a la inteligencia humana.

Las formas de determinar la muerte por parte del sentido común van desde la observación de la pérdida del tono postural, la inmovilidad, la falta de respuesta a estímulos, la ausencia de movimientos ventilatorios, la incapacidad de detectar actividad cardíaca por auscultación o por palpación, hasta el enfriamiento del cuerpo, las livideces y la rigidez cadavérica, o los signos de franca putrefacción.

Si consideramos que la determinación concreta de que la muerte se ha producido, exige, desde el punto de vista práctico, que esta determinación sea pronta y además segura, podemos apreciar que en la lista de signos recién aportada, algunos de ellos son seguros pero no prontos y otros son prontos pero no seguros.

La Medicina, en continuidad con el sentido común, ha intentado aportar con su mejor conocimiento de la Biología y por medio del desarrollo técnico, un perfeccionamiento en orden a disponer de pruebas verificadoras que satisfagan de mejor manera la doble exigencia de prontitud y seguridad. Sin desconocer avances sustantivos en la consecución de esta meta, no es del caso hacerse demasiadas ilusiones, ya que esta meta en sí misma tiene algo

de inalcanzable. En efecto, siendo el tiempo divisible al infinito, siempre nos acercaremos más y más al hipotético momento de la muerte sin jamás llegar, de hecho, a alcanzarlo.

Ahora bien, llama la atención que, con toda la complejidad de significados que rodean a la muerte, y considerando la dificultad objetiva de disponer de maneras prontas y seguras de dictaminarla, la historia no haya registrado discrepancias mayores acerca de cuando se debía y cuando no se debía dar por muerta a una persona. Estas discrepancias han surgido sólo en los últimos años y se han suscitado justamente en torno a esta debatida cuestión de la muerte encefálica.

## II. Definición, criterio y pruebas verificatorias de la muerte

Para entender la naturaleza exacta del problema será necesario hacer algunas precisiones; precisiones que han sido por lo demás uno de los frutos positivos de las discusiones habidas en los últimos años. Prolongando una línea de análisis propuesta por el grupo de BERNAT en Dartmouth, E.E.U.U.(1), pensamos que es necesario distinguir antes que nada cuatro niveles distintos de discusión.

El primero y más general de ellos se refiere a la *idea general o definición* conceptual que distintas personas puedan tener en relación a la muerte. En este sentido es posible constatar una cierta diversidad, en distintos grupos humanos. Diversidad que se encuentra -por lo demás-, en estrecha dependencia con la diversidad de ideas que existen acerca de la vida humana, y en definitiva de la naturaleza humana. Es así como para algunos la muerte será la aniquilación pura y simple del ser humano, para otros la persistencia del

alma espiritual luego de la desintegración del cuerpo, para otros un paso más en la cadena de reencarnaciones, etc.

En segundo lugar, se encuentra el nivel de análisis que BERNAT y cols (2) han propuesto llamar, el *establecimiento del criterio de muerte*. Esto se refiere a la designación de un hecho físico que realiza la definición de muerte. Las discusiones contemporáneas han permitido sacar a luz al menos dos criterios distintos subyacentes. El primero y más tradicional considera realizada la definición cuando se constata la desintegración física del organismo como un todo (3). El segundo considera suficiente la afirmación de la pérdida segura e irreversible de las capacidades superiores específicamente humanas.

El tercer nivel de análisis se refiere al *establecimiento de pruebas verificatorias* del criterio, las que pueden ser clínicas o de laboratorio. Obviamente, en este caso, cada criterio tendrá sus propias pruebas, y la exigencia que ellas deben satisfacer es la de máxima prontitud y máxima seguridad.

El último nivel de análisis se refiere a la *aplicación concreta de las pruebas* verificatorias, las que podrían tender a ser omitidas o realizadas de modo imperfecto. En este caso lo que se exige es responsabilidad y rigor en la aplicación de las pruebas.

Los problemas más peliagudos se han suscitado en los últimos años sobretudo en el plano del establecimiento del criterio de muerte, pero a partir de allí han involucrado en mayor o menor medida a los otros tres niveles.

## III. EL criterio clásico de muerte

Hasta comienzos de la década del sesenta, la comunidad médica aceptó como único cri-

terio de muerte, el paro cardio-respiratorio irreversible; criterio que se entendía era la manifestación de la desaparición de aquellas funciones cuya presencia permite afirmar que un ser humano está vivo. Las pruebas verificadoras del cumplimiento del criterio, eran y siguen siendo: la pérdida de reactividad a todo tipo de estímulos (coma), la ausencia de ventilación espontánea, la ausencia de actividad cardíaca eficaz. Todo esto juzgado ser irreversible a pesar de realizar maniobras de reanimación, lo cual en ocasiones puede ser razonablemente asumido o en otras puede exigir ser concretamente verificado.

El fundamento teórico de este criterio es complejo, pero podría decirse, en términos simples, que en él se considera la función cardiorrespiratoria como vital para la mantención del metabolismo global del organismo, de tal modo que la falla metabólica general conduce inexorablemente - dentro de un plazo breve pero difícil de precisar- a la desintegración del organismo como un todo. En este sentido se considera a la función cardiorrespiratoria como condición sine qua non de la unidad orgánica. Su ausencia definitiva implica, en forma necesaria e inequívoca, la imposibilidad de constatar cualquier otro tipo de actividad del organismo como un todo funcional integrado, aún cuando algunas partes aisladas puedan conservar una cierta vitalidad.

El fundamento científico de este criterio era y sigue siendo sólido, con la sola salvedad de que las pruebas verificadoras en uso pudieran en algunos raros casos ser insuficientes para juzgar la realización del criterio, requiriéndose por lo tanto mayores tiempos

de observación o la realización de pruebas complementarias.

#### **IV. Un nuevo criterio de muerte**

A mediados de los años sesenta el Dr. Christian BARNARD realiza en Sudáfrica el primer trasplante cardíaco inaugurando una nueva etapa en la historia de los trasplantes de órganos. El corazón fué extraído de un paciente que se encontraba con un daño encefálico juzgado como grave e irreversible.

El interés por realizar este tipo de intervenciones en los Estados Unidos de Norteamérica, junto con el temor a que los cirujanos fuesen acusados de asesinato por extraer un órgano vital a un paciente que no satisfacía los criterios clásicos de muerte, condujo el año 1968 a la creación de una Comisión Ad Hoc en la Universidad de Harvard, con el fin de estudiar este problema (4). El trabajo de la Comisión dirigida por el Dr. Henry BEECHER, y conformada por diez médicos, un jurista, un filósofo y un teólogo, condujo a la proposición de "definir el coma irreversible como nuevo criterio de muerte"

El sentido de esta proposición, según se explicita en el informe, responde a dos necesidades de índole práctico: La primera se refiere a la existencia de "pacientes en estado de 'coma irreversible' que constituyen una gran carga... para sus familias, para los hospitales, y para aquellos que necesitan camas hospitalarias que se encuentran ocupadas por estos pacientes comatosos"; la segunda razón -dice el informe- se refiere a que "los criterios obsoletos para la definición de la muerte pueden conducir a controversias en la obtención de órganos para trasplante".

Esta proposición supone, en consecuencia: a) La posibilidad de establecer un estado biológico llamado: 'coma irreversible' ; b) El estado de obsolescencia del criterio clásico de muerte; c) La necesidad de responder a dos situaciones prácticas concretas; d) La necesidad de redefinir el criterio de muerte para resolver esas situaciones. En base a estos antecedentes diversos autores han estimado - con buenos fundamentos- que, desde el punto de vista histórico, la redefinición de la muerte habría tenido un origen fundamentalmente pragmático (5).

### V. El estado de coma irreversible

A fines de los años cincuenta los médicos franceses describen por primera vez un grupo de enfermos que responden a las siguientes características: estado clínico de coma, ventilación asistida por ausencia de ventilación espontánea, deterioro hemodinámico progresivo e inevitable, y, necrosis masiva del encéfalo en el examen *post mortem* (6,7). A pesar de las medidas médicas de ventilación artificial, hidratación, antibióticos y drogas vasoactivas, estos pacientes evolucionaban inexorablemente al paro-cardiorrespiratorio en el plazo de horas o pocos días (6 días en un caso del estudio original de MOLLARET, GOULON y BERTRAND). Esta situación de coma, sin recuperabilidad, llevó a los franceses a designar a este estado como 'coma dépassé' y se refirieron a él como un estado de 'sobrevida artificial'. Estos autores, no obstante constatar el estado precario de estos enfermos, manifiestan su perplejidad y expresan no sentirse con el derecho de declararlos muertos.

Diversos estudios posteriores intentaron validar criterios clínicos y de laboratorio que

permitiesen diagnosticar con seguridad este estado, y por lo tanto predecir en forma precoz su evolución e inferir con seguridad la presencia de un daño encefálico masivo (8). Como resultado de esos estudios contamos hoy con algunos listados de pruebas verificadoras que permiten diagnosticar con razonable seguridad este estado llamado también de coma irreversible. No obstante lo anterior, y como bien ha hecho notar el Dr. Manuel LAVADOS MONTES en sus estudios (9), la única correlación 100% segura que se ha podido establecer, hasta el momento, desde el punto de vista científico, es la de homologar el estado clínico de coma irreversible a un predictor seguro de muerte (de acuerdo al criterio clásico) en un plazo variable pero corto. La correlación con el estado anatómico y funcional del encéfalo es bastante menos segura de lo que se pensó inicialmente. Se trata en todos los casos de encéfalos gravemente dañados, ciertamente, pero en los cuales existen islotes indemnes de tejido nervioso, variables en localización y grado. Por lo tanto, no es correcto decir que el diagnóstico de coma irreversible permite asegurar la existencia de un daño encefálico estructural y funcional total.

El diagnóstico de coma irreversible supone obviamente, además, para ser cierto, que las pruebas operacionales que verifican el criterio hayan sido llevadas a cabo con rigor y responsabilidad, por parte de un médico calificado; en principio, un neurólogo con experiencia.

### VI. Del coma irreversible a la muerte encefálica

Los miembros del Comité de Harvard, sobre la base de los antecedentes descritos, y

dado que "un órgano... que ya no funciona y que no tiene posibilidad de funcionar nuevamente está muerto, para todos los propósitos prácticos" indujeron al relativo desuso del término más preciso y descriptivo de coma irreversible, quedando éste progresivamente reemplazado por la expresión interpretativa de 'muerte cerebral' o más precisamente encefálica (10).

En este desplazamiento lingüístico es preciso subrayar una doble intención, explícita en el texto del informe: a) se aplica de modo derivado a un órgano ("para todos los propósitos prácticos") el concepto de muerte; concepto que sólo es aplicable en propio a un organismo completo; b) se hace equivaler la 'muerte' (en sentido impropio) de una parte (el encéfalo), a la muerte del todo (individuo humano).

Cualesquiera que sean las interpretaciones que haya que hacer, el hecho es que a partir del informe de Harvard, la aceptación del estado de muerte encefálica como criterio de muerte de la persona comenzó a hacer su camino, comenzando por los países con mayor desarrollo tecnológico y siendo aceptada progresivamente en el mundo médico y también en el ámbito de la legislación. Esta aceptación se encuentra sin lugar a dudas en la base del desarrollo de los trasplantes en las últimas tres décadas, en particular aquellos que requieren órganos vitales (11).

## **VII: Los problemas de la fundamentación racional del nuevo criterio**

Ya hemos mencionado que la declaración de Harvard fue seguida de una cierta cantidad de estudios dirigidos a validar la seguridad del diagnóstico clínico de coma irrever-

sible y a establecer su correlato anatómopatológico. Estos estudios estaban claramente orientados a proveer a los médicos de un marco ético-jurídico que facilitase la realización de los trasplantes. Un ejemplo de este tipo de trabajo es el informe emitido en 1981 por la 'Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica y Conductual' de los E.E.U.U. de N.A., dedicada al problema de la definición de la muerte (12).

De modo paulatino y más tardío, sin embargo, comenzaron también a surgir algunas opiniones discrepantes, que no apuntaban tanto al problema de la validación científico-técnica del nuevo criterio de muerte, como a su significado y validez conceptual. Uno de los primeros y sin duda el más penetrante de todos fué el filósofo judío alemán Hans JONAS (13).

Los críticos hacían notar que cuando en 1968, el comité ad hoc de la Universidad de Harvard, propuso modificar el criterio de muerte, sustituyendo el criterio clásico de paro cardio-respiratorio irreversible por el de coma irreversible o muerte encefálica, este comité no aportó ninguna fundamentación teórica -empírica o filosófica- para esta modificación. La única fundamentación explícita reposó en razones de orden práctico. En concreto: la posibilidad de suspender las medidas de sostén vital, y la necesidad de contar con un marco ético-jurídico que legitimara los trasplantes de órganos vitales.

Era, en consecuencia, predecible y deseable, que posteriormente a esta declaración, surgieran diversos intentos por fundamentar las proposiciones contenidas en ella. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, estas

fundamentaciones no fueron coincidentes. En efecto, dos órdenes de teorías se plantearon en pugna. Por una parte la llamada teoría de la muerte encefálica superior y, por otra, la llamada teoría de la muerte encefálica total.

La primera de ellas caracterizada por las opiniones de: Henry BEECHER, director del comité de Harvard; Robert VEATCH, del Kennedy Institute of Ethics; y Stuart YOUNGNER (14), sostiene que las funciones críticas que definen al ser humano serían las funciones nerviosas superiores en forma aislada o en integración con el funcionamiento corporal. Para BEECHER, por ejemplo, estas funciones críticas serían: "la personalidad individual, su vida consciente, su unicidad, su capacidad de recordar, juzgar, razonar, actuar, gozar, preocuparse y otras de ese género"(15). La desaparición irreversible de estas funciones equivaldría para estos autores a la muerte del ser humano. Ahora bien, dado que eso es lo que ocurre en el estado de coma irreversible o muerte encefálica, la muerte encefálica equivale a la muerte del ser humano.

Para los defensores de esta teoría, el organismo del paciente declarado en muerte encefálica, -que sigue con su corazón latiendo, y sigue siendo ventilado-, no sería más que una colección de órganos, o un cadáver que mantiene algunas funciones corporales. Estos autores suelen plantear que la pérdida irreversible de estas funciones determina la desaparición de la 'personalidad', aún cuando pueda persistir 'vida humana'. Para ellos sólo la personalidad humana resultaría éticamente relevante.

El profesor Josef SEIFERT ha hecho notar que implícita a estas afirmaciones se encuentra la adherencia a una postura filosófica acer-

ca de la naturaleza de la persona humana. Se trataría de un 'actualismo' o 'funcionalismo'(16), que identifica "aquello que es lo esencialmente significativo de la naturaleza humana" con la conciencia y la cognición (17).

La teoría de la muerte encefálica total, por otra parte, caracterizada por las opiniones de Julius KOREIN y James BERNAT, sostiene que la muerte del ser humano viene dada por la muerte del organismo como un todo. Dado que el último nivel de integración del organismo como un todo estaría constituido, para estos autores, por la indemnidad del troncoencefalo, la muerte humana coincidiría con la muerte encefálica, es decir, la cesación irreversible de las funciones superiores y trocoencefálicas. Estos autores coinciden con los anteriores en el sentido de considerar que el organismo del paciente declarado en muerte encefálica no sería sino una colección de órganos aislados, impedidos artificialmente y temporalmente de su destrucción total y definitiva solamente por las medidas de sostén vital.

En síntesis, lo que ocurrió a poco andar, luego de 1968, es que al tratar de justificar racionalmente la modificación del criterio surgieron dos corrientes distintas de pensamiento.

Ahora bien, mientras se trató de la fundamentación de la muerte encefálica, ésta no dejó de ser una discusión abstracta que pasó desapercibida para la mayor parte de los médicos. En definitiva, tanto los defensores de la teoría de la muerte encefálica total, como los defensores de la teoría de la muerte encefálica superior, coincidían en que el individuo declarado en muerte encefálica no era más que una colección de órganos o, un

‘cadáver caliente’, como también se lo ha denominado. Sin embargo, no ocurrió lo mismo cuando las fundamentaciones teóricas desarrolladas para justificar el cambio del criterio de muerte, comenzaron a ser aplicadas a la comprensión de otros estados biológicos.

En efecto, a poco andar se vió que, de acuerdo a la teoría de la muerte encefálica superior, no sólo habría que considerar muertos a los pacientes en coma irreversible, sino también a pacientes en estado vegetativo persistente, pacientes dementes de cualquier edad, niños con retardo mental profundo, niños anencefálicos y quizá también -aquí las opiniones difieren- niños sanos o enfermos en fases iniciales del desarrollo embrionario.

Un paciente en estado vegetativo persistente, por ejemplo, que a diferencia del paciente en muerte encefálica: ventila espontáneamente, y tiene intactas algunas funciones neurovegetativas del troncoencéfalo, está vivo para los defensores de la teoría de la muerte encefálica total. Lo anterior en virtud que, de acuerdo al criterio por ellos considerado, mientras no haya disfunción troncoencéfálica irreversible, sigue funcionando el organismo como un todo. Sin embargo, para los que sustentan la teoría de la muerte encefálica superior, el paciente en estado vegetativo persistente es tan cadáver como el paciente en muerte encefálica. Robert VEATCH, uno de los defensores de la teoría de la muerte encefálica superior ha llegado a plantear que la única razón para no sepultar a un paciente en estado vegetativo persistente es que resultaría chocante para la sensibilidad común el poner en un ataúd y sepultar a un organismo que se encuentra respirando y con el corazón latiendo.

Los defensores de la muerte cerebral total no se encuentran en mejor posición ya que, como bien ha mostrado Alan SHEWMON, hay casos de pacientes con daño del troncoencéfalo que con manipulaciones experimentales podrían recuperar la conciencia. Dado que de acuerdo a estos autores es el troncoencéfalo el que mantiene la unidad del organismo como un todo, habría que llegar a afirmar que en esos casos un muerto recupera la conciencia. Algo semejante ocurriría en el caso de un paciente con una rombencefalitis (18) recuperada, del que habría que decir que estuvo muerto y resucitó.

Los críticos de la redefinición de la muerte no sólo han hecho ver las discrepancias entre aquellos que intentan fundamentar la validez filosófica del nuevo criterio, y las conclusiones inaceptables a las cuales conducen, sino que también han objetado tanto la concepción materialista o actualista del ser humano subyacente a la teoría de la muerte encefálica superior, como la falta de fundamento biológico y filosófico de la teoría de la muerte encefálica total (19).

A la opinión de JONAS se ha venido a sumar la posición del filósofo austríaco Josef SEIFERT (20), la del comité de ética del parlamento danés (21), y muy recientemente la del neuropediatra estadounidense Alan SHEWMON (22), quién hasta hace poco fuera un activo defensor de la teoría de la muerte encefálica superior (23). En nuestro país, en colaboración con el neurólogo y filósofo Manuel LAVADOS, nos hemos sentido en la obligación de hacer ver la debilidad científica y filosófica del nuevo criterio (24).

### VIII. ¿Cuándo muere la persona?

Decíamos al comenzar que existía una relación de dependencia entre: la idea que el ser humano se hace de la muerte, y el criterio que realiza esa definición. Por otra parte, la idea o definición de muerte, surge en la mente en dependencia de la noción de vida. Ahora bien, como ya apuntaba ARISTÓTELES, para los seres vivos su vida se identifica con su ser, por lo que para el ser humano su vida humana es su ser de humano, o si se quiere su vivir es el modo de su existir.

Toda la complejidad del ser humano le viene del hecho que su vida no es simple, y que cuando ésta logra su plena expresión, los diversos planos que configuran esta complejidad se dan de modo simultáneo e interrelacionado. Es así que el ser humano es un viviente orgánico que se nutre, crece y se reproduce, un animal sentiente y un ser personal: *a la vez*. Su modo temporal de existir hace que la naturaleza humana muestre lo que ella es, de modo progresivo, pero a la vez contingente, es decir, condicionado y vulnerable, de modo que múltiples obstáculos y circunstancias pueden interponerse en su camino frustrando la posibilidad de realizar todo lo que ella es capaz de dar de sí.

Todo lo anterior apunta a que más allá de la circunstancial predominancia de una o de otra de sus facetas, en función de circunstancias temporales, fortuitas, contingentes o aleatorias, la naturaleza humana realiza en todo individuo, y en lo más profundo y necesario de ella misma, una radical y fundamental unidad, que aspira a desplegarse y manifestarse. Y este que es su ser más profundo y permanente, la naturaleza viviente humana

lo ejerce desde el primer momento de su existencia hasta el último exhalar de su ser.

Con ser complejo, el viviente humano no es por eso menos ordenado, y en este interaccionar de niveles existe una doble jerarquía. La vida personal, intelectual, volitiva, libre y moral, es para el viviente humano su plano más alto y propio de manifestación ontológica, plano por relación al cual la mera vida orgánica representa el más pobre e ínfimo grado de realización. No obstante lo anterior, y en un plano jerárquico inverso, la vida orgánica se erige en condición primaria, radical e insustituible de cualquier manifestación ontológicamente superior. Pudiéramos decir, en este sentido, solicitando la metáfora, que la vida orgánica es la nodriza, el trono, el hogar, el bastión, la custodia de todas las otras manifestaciones superiores de la vida humana. Ella es la primera que aparece y la última en desaparecer.

El ser humano es mucho más que un viviente orgánico pero no es menos que él. La vida humana se expresa orgánicamente mucho antes que las sutiles herramientas de la vida superior estén siquiera prefiguradas, y persiste todavía cuando ya esas herramientas gastadas y estropeadas han dejado de operar.

Pensamos que mientras exista vida orgánica, mientras ese ser se nutra y sea capaz de mantener a raya las fuerzas implacables de la descomposición, hay allí todavía vida humana: totalmente humana, por mucho que se encuentre en el nivel quizá más precario e irrevocable de su manifestación. Mientras exista la función metabólica o nutritiva, como se la quiera expresar, el organismo seguirá viviendo de vida natural, que es la única que existe, por mucho que esta vida natural esté



siendo artificialmente mantenida. ¿Podríamos sino afirmar que es un cadáver, un organismo que mantiene su latido cardíaco, sus pulmones, su hígado, sus riñones y su intestino funcionando? ¿Que un organismo que es capaz de recibir alimentos, de subir y bajar de peso, de mantener un embarazo durante meses, es una colección de órganos aislados, artificialmente mantenida? (25,26)

La desintegración orgánica del viviente que sigue al paro cardio-respiratorio irreversible, nos parece en consecuencia ser el signo más seguro de la ausencia del vivir, para quién su vivir es su ser. Nos parece que no es razonable, por lo tanto, juzgar la existencia de la naturaleza humana por la sola presencia o ausencia de su más alta manifestación, como pretende una de las corrientes de pensamiento a la que hemos referido, como tampoco parece correcto arbitrarla en función de la presencia o no de un órgano que en estricto rigor no es vital, por más que se trate del más elaborado y noble de los instrumentos corpóreos.

Cuando la reflexión teórica pasa a ser comandada por la preocupación práctica, se corre el riesgo de razonar a la inversa, y nos parece que la historia de la noción de muerte encefálica sugiere que se ha incurrido en ese error. El silogismo implícito ha sido -nos parece- el siguiente: dado que los pacientes en coma irreversible están muertos 'para todos los propósitos prácticos', entonces están en verdad realmente muertos, y si están verdaderamente muertos, entonces tengo que encontrar razones para afirmar que lo está. Ahora bien, el verdadero modo de plantearse el problema nos parece que es distinto: dado lo que es el viviente humano en su ser y en sus posibilidades -que no son pocas- y lo que es

un paciente en muerte encefálica, en la multitud de sus manifestaciones: ¿puedo afirmar que ha dejado de existir?

Desde la perspectiva aportada por las discusiones que han seguido a la declaración de Harvard podríamos decir que el error de la Comisión estuvo en no percibir la íntima relación existente entre el criterio que verifica la realización de una idea en la realidad concreta, y la idea de la cual él depende. Ahora bien, un criterio de realización no puede ser modificado de modo arbitrario sin afectar la idea que nos hacemos de las cosas; de modo que, la consecuencia de la aceptación práctica del nuevo criterio de muerte ha sido el confundir la mente de muchas personas al punto de ya no saber con claridad cuáles son los verdaderos límites entre la vida y la muerte, entre lo que debe ser considerado un ser vivo y lo que debe ser considerado un cadáver.

## Apéndice

### Muerte encefálica y transplantes de órganos

Casi no hace falta decir, que la discusión teórica acerca del significado del coma irreversible, se vió desde el primer momento influenciada por la cuestión práctica de los transplantes de órganos vitales. Esta motivación pragmática de la redefinición de la muerte no permitió ver con claridad desde el principio que, si bien es cierto que el problema de definir el estatuto antropológico del paciente en coma irreversible, y el problema de la justificación ética para la extracción de órganos vitales desde estos pacientes, son cuestiones existencialmente relacionadas, se trata en realidad, desde el punto de vista conceptual, de dos problemas distintos, y

que deben ser resueltos por separado y cada uno en su propio plano. El primero en el ámbito de la discusión antropológica, el segundo en el plano propiamente ético.

Ahora bien, desde el punto de vista ético, parece estar bastante claro que si el paciente en coma irreversible está muerto, y puede por lo tanto ser homologado conceptualmente -si bien no fisiológicamente- a un cadáver, la extracción de órganos a partir de él es en principio legítima, y debe solamente atenerse a las normas éticas que rigen la obtención de órganos a partir de cadáveres.

Pero: ¿qué ocurre en el caso contrario? ¿es igualmente claro que si el paciente está vivo, no es posible de ningún modo extraer órganos? Frente a esto se han planteado distintas posturas.

La más estricta de estas posturas, representada por autores como JONAS y SEIFERT, considera que siendo el individuo en coma irreversible una persona viva, la extracción de un órgano vital (corazón, hígado, pulmones...) equivale a la procuración activa y voluntaria de la muerte a un semejante, constituyendo esta acción en términos éticos y legales un homicidio. Esta es la posición actualmente vigente -por ejemplo- en Japón, donde no es permitida la realización de trasplantes de órganos vitales (27).

Una segunda postura es la representada por el 'Comité de Ética del Parlamento Danés', en la cual se acepta la donación de órganos, aún cuando se considera vigente el criterio clásico de muerte, y por lo tanto se acepta que se trata de personas vivas. La legitimidad ética de esta posición derivaría -en opinión del Comité- del hecho que el individuo en coma irreversible se encuentra en un

'proceso de muerte', irreversiblemente desencadenado por la destrucción masiva del encéfalo. La intervención extractiva de órganos vitales determinaría el acortamiento del proceso de muerte, pero en ningún caso sería la causa desencadenadora de éste. No obstante lo anterior, el Comité estima que sólo circunstancias excepcionales de ayuda humanitaria harían lícita e inclusive meritória esta donación, siempre y cuando hubiese constancia explícita de la voluntad del donante en el sentido de acceder a la extracción de sus órganos.

La Iglesia Católica por su parte, en un reciente documento del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud (28), ha indicado que es legítimo considerar muerto al paciente en muerte encefálica con el objeto de proceder al trasplante de órganos. Dice la instrucción:

"Para que una persona sea considerada cadáver es suficiente la certificación de la muerte cerebral del donante, que consiste en la 'cesación irreversible de toda función cerebral'. Cuando la muerte cerebral total es constatada con certeza, es decir, después de las debidas verificaciones, es lícito proceder a la remoción de los órganos como también mantener artificialmente funciones orgánicas para conservar la vitalidad de los órganos en miras de un trasplante"

Se trata ciertamente de una orientación pastoral segura, que el católico está en derecho de seguir en conciencia. Esta orientación pastoral, sin embargo, no dirime el problema antropológico del estatuto de los pacientes en muerte encefálica, y todo católico informado no sólo tendría el derecho de investigar y pensar libremente por relación a ese

problema doctrinal, sino que se encuentra positivamente en la obligación de hacerlo.

En síntesis, hemos intentado mostrar que en relación a esta temática existen dos problemas distintos aunque obviamente relacionados: saber si los pacientes en estado de coma irreversible (muerte encefálica) están verdaderamente muertos, y saber si es posible extraer para trasplante cualquier órgano de un paciente en coma irreversible (muerte encefálica).

Nos parece, con todo respeto para las personas que opinan de modo distinto, que la afirmación de que estos pacientes están muertos no se sostiene ni científica ni filosóficamente, y que conduce además a derivaciones inaceptables.

Reconocemos, en segundo lugar, que para los que sostenemos esta posición, pronunciarse desde el punto de vista ético acerca de la legitimidad del trasplante de órganos vitales, no es sencillo, ya que tanto la postura más dura como la más permisiva tie-

nen ambas sus fuerzas y debilidades que no es objeto de este trabajo el examinar a fondo.

Dada esta situación, y considerando las indicaciones pastorales de la Iglesia, nos parecería un descriterio - para un católico- inquietar la conciencia de una persona que de buena fe acepta la legitimidad de los trasplantes de órganos vitales.

No obstante lo anterior nos parece que esta actitud de respeto no impide que los que tenemos la responsabilidad de hacerlo sigamos investigando y educando, y defendiendo, lo que nos parece son los derechos de la verdad, en cuestiones científicas y filosóficas, máxime considerando que aquí se juegan verdades antropológicas fundamentales, que inciden en una multitud de otras cuestiones tanto especulativas como prácticas.

(Dr. Alejandro Serani Merlo. Médico Neurólogo, Doctor en Filosofía. Profesor en la Facultad de Medicina y en el Instituto de Filosofía de la Universidad de Los Andes, Santiago de Chile. Email: aserani@uandes.cl)