

García Marcos, Fermín

Consideraciones bioéticas acerca del diagnóstico de muerte y la importancia del concepto de persona humana

Vida y Ética. Año 12 N° 2, Diciembre 2011

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

García Marcos, Fermín. "Consideraciones bioéticas acerca del diagnóstico de muerte y la importancia del concepto de persona humana"[en línea]. Vida y Ética. 12.2 (2011). Disponible en:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/consideraciones-bioeticas-acerca-diagnostico-muerte.pdf> [Fecha de consulta:.....]

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS ACERCA DEL DIAGNÓSTICO DE MUERTE Y LA IMPORTANCIA DEL CONCEPTO DE PERSONA HUMANA

Dr. Fermín García Marcos

- Ex-Profesor de Ética Biomédica (Facultad de Medicina, Universidad del Salvador)
- Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de La Plata

Palabras clave

- Muerte
- Ética
- Persona Humana

Key words

- Death
- Ethics
- Human Being

RESUMEN

Se presentan los criterios médicos de diagnóstico de muerte; se hacen comentarios sobre el uso de tratamientos ordinarios o extraordinarios en pacientes críticos, o en coma o terminales terapéuticos, y sus implicancias éticas que llevan a la reflexión filosófica sobre la persona humana, su valor, su dignidad, su trascendencia. Se afirma la exclusiva responsabilidad del médico para establecer el diagnóstico con criterio científico. Se hacen consideraciones sobre la necesidad de correcta formación ética de la conciencia del médico, para lo cual se aportan diversas opiniones y se analizan las dos concepciones antropológicas sobre la entidad de la persona humana: la ontogénica o materialista y la ontológica o metafísica, que influyen en distintas corrientes de pensamiento médico y jurídico para tomar determinaciones. Se aportan fundamentos de interpretación basados en una Bioética personalista, tanto en su aspecto médico científico, como en el ético filosófico, con documentos de actualidad.

ABSTRACT

This paper presents medical criteria for a diagnosis of death, comments on ordinary and extraordinary treatments used for therapeutic terminal patients or those in a critical condition or in coma and the ethical implications, this involves. These lead us to reflect on human beings, their value, their dignity, and their transcendence from a philosophical point of view. It also sustains that it is the doctor's sole responsibility to arrive at a diagnosis based on scientific criteria. Some considerations are made on the need of physicians with ethically educated conscience; with that object different opinions are expressed and both anthropological conceptions regarding the human being entity are analyzed: the ontogenic or materialistic and the ontological or metaphysical one; which influence different medical and juridical schools of thought in the decision making process. Foundations of understanding based on a self-oriented Bioethics are stated in a scientific-medical and ethical-philosophical approach supported by updated documents.

DIAGNÓSTICO Y DEFINICIÓN DE MUERTE

El diagnóstico de muerte hasta promediar la década del '50 era exclusivamente el paro cardiocirculatorio. Las medidas de soporte vital abrieron otra perspectiva. Pacientes con silencio eléctrico cerebral fueron mantenidos con vida con oxigenación pulmonar, latido cardíaco y tensión arterial conservados. La necesidad de tomar decisiones de continuar o no tratando enfermos con situaciones como las descritas -caracterizados por inconciencia profunda, mantenimiento de funciones vegetativas básicas, muchos de ellos sin requerir medios extraordinarios de sostén- impuso la necesidad de definir con mayor precisión la frontera entre la vida y la muerte. El nacimiento y desarrollo de la Terapia Intensiva fue determinante e inicia una nueva etapa en la historia de la Medicina. [1]

La experiencia acumulada sobre miles de pacientes en coma profundo, particularmente en las décadas de los '60 y '70, que presentaban función respiratoria y cardíaca asistida con alteraciones o silencio eléctrico encefálico, permitieron distinguir entre lesiones totales e irreversibles del encéfalo (cerebro, cerebelo, y particularmente

el tronco encefálico: protuberancia y bulbo) y lesiones también irreversibles de la corteza cerebral y áreas subcorticales, con conservación de respiración y función cardíaca y de los reflejos de nervios craneanos del tronco cerebral. En 1968 un comité *ad hoc* de la Universidad de Harvard definió las características de la llamada muerte cerebral (brain death). Entre 1976 y 1979 el tema fue actualizado por el Royal College y Facultades de Medicina del Reino Unido, que pusieron énfasis en la falta de respuesta eléctrica del tronco (brain stem death). En 1981 la Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina de EE.UU., estableció que "está muerto un ser humano al que ha sobrevenido, o bien una interrupción irreversible de las funciones respiratorias y circulatorias, o bien una interrupción irreversible de las funciones cerebrales, incluyendo las del tronco cerebral. La determinación de la muerte ha de ser hecha de acuerdo con los estándares médicos habituales". [2] Aunque haya "vida aparente" por la aplicación de métodos extraordinarios de soporte vital, hay "muerte real" si el daño neurológico es incontrovertible.

En la actualidad se acepta universalmente que desde el punto de vista médico y legal la muerte del encéfalo es equiva-

[1] GHERARDI, Carlos R., *Vida y muerte en Terapia Intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*, Buenos Aires, Ed. Biblos, 2007.

[2] MARTÍNEZ LAGE ÁLVAREZ y colab., "El diagnóstico neurológico de la muerte", *Manual de bioética general*, Coordinador: A. Polaino Llorente, cap. 27, España, Ed. Rialp, 1994, pp. 407-422.

lente a la muerte del ser humano. El paro cardíaco puede ser primario y luego sobreviene el fallo cerebral; pero también puede ser a la inversa. "Hoy en día el diagnóstico de la muerte por cesación total e irreversible de las funciones del cerebro y del tronco cerebral es simple, inequívoco, cierto y verificable por cualquier médico experimentado". [3] A esta conclusión arriba también una reciente declaración del Grupo de Trabajo integrado por neurólogos, médicos y sacerdotes emitida en Ciudad del Vaticano en 2007, que efectúa un completo estudio de los conocimientos sobre el tema. [4]

Para otros autores, aun con muerte neurológica, subsiste la incertidumbre acerca de si en esas circunstancias existe muerte de todas y cada una de las células del cuerpo humano, incluidas las neuronas. Es importante tener en cuenta que la muerte neurológica es un diagnóstico empírico operativo. La lesión del tronco cere-

bral es un punto de no retorno. Es la muerte de la persona, aunque exista actividad eléctrica residual. El autor citado acepta que "La muerte de una persona no puede definirse como la muerte de todas sus células, neuronales o no". Por esa razón –el hecho de que continúen funcionando células aisladas– otros autores no aceptan el criterio de muerte neurológica [5] [6] [7] [8]. El diagnóstico neurológico de muerte es la ausencia, correctamente verificada por medios clínicos, de todas las funciones del tronco cerebral constatada durante seis horas. Dicha condición es irreversible. Sustener otro criterio "puede sustentar conductas terapéuticas superfluas, caprichosas, injustificables éticamente", [9] es decir, tratamientos extraordinarios o desproporcionados.

El uso de medios ordinarios o extraordinarios de tratamiento en pacientes en situación crítica o terminal, según lugar y

[3] MARTÍNEZ LAGE ÁLVAREZ y colab., "El diagnóstico...", op. cit.

[4] PONTIFICIA ACADEMIA DE CIENCIAS, Grupo de trabajo de septiembre de 2006, firman entre otros: A. Battro, J. L. Bernart, Card. G. Gottier, S. Davis, J. C. Huber, Card. López Trujillo, Card. C. M. Martini, M. Sánchez Sorondo, E. Sgreccia, R. Vicuña, etc. y otros 20 científicos y filósofos: *Por qué el concepto de muerte cerebral es válido como definición de muerte*, vol. "The signs of death", Scripta varia, 110:37-46, Ciudad de Vaticano, 2007.

[5] *Ibid.*, Respuesta a la declaración y comentarios por Prof. Spaemann y el Dr. Shewmon.

[6] CAPONNETTO, Mario, *Diagnóstico de muerte. Un dilema médico y moral*, Buenos Aires, El Derecho, 2008.

[7] SCARAFFIA, L., "Los signos de la muerte. A cuarenta años del Informe de Harvard", *L'Osservatore Romano*, 03.09.2008.

[8] DE MATTEI y otros, *FinisVitae. La morte cerebrale è ancora vita?*. Escriben, entre otros prestigiosos médicos y filósofos: R. de Mattei, "Vera scienza o falsa filosofia?"; J. Armour, "Il cuore della questione"; F. W. Bruskwitz, "Un breve riassunto della dottrina católica sulla vita umana"; David Evans, "Che cosa è la morte cerebrale?"; D. Hill, "L'opinione di un anestesista británico"; M. Potts, "L'inizio e la fine della vita verso la coerenza filosofica"; R. Spaemann, "La morte cerebrale è la morte dell'essere umano?"; Yoshio Watanabe, "Controversie sulla morte cerebrale in Giappone. Esperienza dall'entrata in vigore della legge sul trapianto di organi"; R. Weber "Il concetto di morte cerebrale e la morte dell'uomo", etc.; Consiglio Nazionale delle Ricerche, Rubbettino Editore, 2007.

[9] MARTÍNEZ LAGE ÁLVAREZ y colab., "El diagnóstico...", op. cit.

tiempo, es un aspecto central en la toma de decisión de conductas terapéuticas con implicancia ética. Es un tema médico magistralmente considerado por Su Santidad Pío XII en 1957. [10] La Organización Mundial de la Salud lo incorporó al recomendar orientaciones éticas en el tratamiento de pacientes con dolor y cáncer, modificando el tradicional término "ordinario" por "proporcionado" y el calificado como "extraordinario" por "desproporcionado", citando como fuente el discurso del Papa. [11] Su vigencia se afirma en publicaciones actualizadas recientes. [12] [13]

La constatación de muerte encefálica con tronco cerebral irreversiblemente lesionado es importante, no sólo para tomar una decisión como posible dador de órganos -si el paciente reúne las condiciones y existe consentimiento-, sino también para la interrupción de medidas terapéuticas de sostén, [14] salvo algunos aspectos esenciales discutibles que serán

considerados más adelante al referirnos al tema de la persona humana.

En síntesis "La destrucción irreversible del cerebro supone la muerte de la persona, no porque en él residan las cualidades más específicas e indistinguibles humanas, sino porque es el órgano integrador y unificador que permite el funcionamiento del organismo como un todo y lo hace capaz de sustentar la vida humana". [15]

A fin de actuar con el máximo de seguridad en el diagnóstico de muerte para hacer una ablación para trasplante, se han definido pautas que integran las legislaciones al respecto. El esquema más difundido y aceptado universalmente es el que consta en la ley argentina de trasplantes (Ley 24.193, texto actualizado por Ley 26.066 y decretos respectivos) que establece: "El fallecimiento de una persona se considera tal cuando se verifiquen, de

[10] PÍO XII, "Reanimación y respiración artificial" [Discurso a los miembros del Instituto Italiano de Genética "Gregorio Mendel", dirigido a los anestesiólogos], 24.11.1957; *Pío XII y las Ciencias médicas*, Buenos Aires, Ed. Guadalupe, 1961, pp. 306-311.

[11] COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS, *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Consideraciones éticas*, Ginebra, 1990, pp. 57-62.

[12] CALIPARI, M., "Proporcionalidad de los cuidados. Medios ordinarios y extraordinarios" (cap. II-III) en: *Curarse y hacerse curar. Ética en el uso de los medios terapéuticos y del soporte vital*, Buenos Aires, EDUCA (editorial de la Pontificia Universidad Católica Argentina), 2007.

[13] PELLEGRINO, E., "Las decisiones al final de la vida: el uso y el abuso del concepto de futilidad", *Medicina y Ética*, México (2004/2), pp. 159-187.

[14] COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA, "Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico", *Medicina Intensiva*, (2002), vol. 6, pp. 52-56.

[15] MARTÍNEZ LAGE ÁLVAREZ y colab., "El diagnóstico...", op. cit.

modo acumulativo, los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente 6 horas después de su constatación conjunta y simultánea:

a. Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia.

b. Ausencia de respiración espontánea (apnea demostrada por desconexión transitoria y reiterada del respirador).

c. Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas (hipotonía muscular, midriasis, ausencia de respuesta motora al dolor, falta de respuesta a estímulos faringolaringeos, etc.).

d. Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud y Acción Social con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes (INCUCAI)".

Más allá de las consideraciones legales, el problema es ético y debe considerarse prioritario en varias circunstancias, tales como: a) acciones imprudentes y apresuradas en la constatación y diagnóstico médico de muerte, motivadas por una interpretación utilitaria y pragmática para utilizar órganos del paciente en

coma profundo; b) estados vegetativos prolongados de larga duración, denominados persistentes, en los cuales, para algunos autores, se habría perdido la condición de personas humanas; lo cual permitiría disponer de sus órganos.

Es fundamental ejercer la virtud de la prudencia en la toma de estas decisiones. El estado vegetativo es una situación clínica con ausencia de conciencia, falta de interrelación con el medio, desconexión del ambiente circundante, alternancia de sueño, estupor y vigilia, con respuesta a algunos estímulos, como el dolor. Por otra parte, pueden estar presentes funciones autónomas del bulbo encefálico (tronco), como ser el reflejo de tos y vómito, reflejos oculares, respiración espontánea, función cardíaca. Es consecutivo a una injuria cerebral severa vascular o traumática, con diferentes lesiones de la corteza cerebral e islas indemnes subcorticales. Pueden prolongarse de esta forma tiempos muy largos. Se lo denomina Estado Vegetativo Prolongado, puede despertar o no, no es un enfermo terminal. Si vive más de tres meses (para otros autores es más de un año), se denomina Estado Vegetativo Persistente. Cuanto más tiempo se prolongue, más dudosa es su recuperación, y no existen técnicas o formas de predecir su duración. [16] [17] El criterio médico tra-

[16] GHERARDI, C., "La muerte intervenida. De la muerte cerebral a la abstención o retiro de soporte vital", *Medicina*, Buenos Aires (2002), 62:279-290.

[17] MONGE, M. A., "La integridad corporal" (cap. VI) en: *Ética, salud, enfermedad*, Madrid, Libros MC-Ed. Palabra, 1991.

dicional y correcto lo rubrica S.S. Juan Pablo II al afirmar: [18]

"El enfermo en estado vegetativo, en espera de su recuperación o de su fin natural, tiene derecho a la asistencia sanitaria básica (alimentación, hidratación, higiene, etc.) y a la prevención de las complicaciones [...]".

"En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por lo tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y, como tal, moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos".

"La valoración de las probabilidades, fundada en las escasas esperanzas de recuperación cuando un estado vegetativo se prolonga más de un año, no puede justificar éticamente el abandono o la interrupción de los cuidados mínimos del paciente, incluidas la alimentación y la hidratación". [...] "la suspensión efectuada deliberadamente es 'eutanasia por omisión'".

Al considerar estas situaciones se pone en evidencia la necesidad de la correcta formación de la conciencia ética del cuerpo médico. La defensa de la vida humana como

objetivo principal de la conducta médica, afirma la necesidad de no subordinar al hombre enfermo ni a las prioridades de la ciencia, ni a las presiones y requerimientos sociales. La evaluación científica prudente de los signos clínicos que diagnostican la muerte de la persona es fundamental para la práctica médica; por eso es esencial la formación integral del médico, no sólo en su aspecto científico-técnico, sus virtudes intelectuales; sino la educación de su conciencia, la formación de hábitos éticos; procurar la unidad del saber, enseñar que lo científico-biológico no es algo aislado y autónomo, sino que debe acompañarse de la adquisición de virtudes morales, saberes filosóficos e históricos.

La experiencia del trabajo con médicos residentes de cirugía, permite conocer sus angustias y sus interrogantes de conciencia frente al enfermo grave, el enfermo crítico o el terminal, sin posibilidades terapéuticas de su enfermedad causal, la falla multiorgánica, el fin de la vida, la enfermedad en evolución progresiva hacia la muerte. Esto hace necesario incluir la formación ética junto con su programa de enseñanza y aprendizaje médico. [19]

[18] JUAN PABLO II, *Discurso en el Congreso sobre "Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo"*, 20.03.2004, [en línea], disponible en: <http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_sp.html> [consulta: 10.10.2011].

[19] GARCÍA MARCOS, F., "Formación ética del residente de cirugía", *Rev. Arg. Cirugía*, (2008), 95 (1-2): 25-31.

Sin embargo, la responsabilidad de la definición de muerte es médica, no es teológica ni filosófica. Como citamos anteriormente, S.S. Pío XII abordó el tema sobre reanimación y respiración artificial en 1957, oportunidad en la que se dirigió a los anestesiólogos. Es un discurso memorable, teniendo en cuenta que transcurrían las primeras épocas de las terapias de apoyo y sostén con asistencia técnica con respiradores y medicamentos. Contiene reflexiones y enseñanzas éticas asentadas sobre la tradición y la sabiduría del Magisterio, particularmente en todo lo relacionado con los medios ordinarios y extraordinarios en la conservación de la vida y de la salud. Fue precursor, con veinte años de anticipación, a las reflexiones sobre los mismos temas que la Bioética considerará a partir de los años '70.

Sobre la definición del momento de la muerte dice: "La cuestión del hecho de la muerte y de la comprobación, sea de hecho (*de facto*), sea de su autenticidad jurídica (*de jure*) tiene sus consecuencias en el terreno de la moral y de la religión". Dice más adelante: "La respuesta no se puede deducir de ningún principio religioso o moral", aun cuando un buen número de casos son "objeto de una duda insoluble" que deberán ser tratados "según las presunciones de

derecho y de hecho" que son de responsabilidad médica.

Comentando esta disertación, un autor dice: "Médicamente la muerte se define como el cese de la función del organismo como un todo, sin esperanzas de recuperación". "Hoy estamos en condiciones de afirmar que la muerte no es tanto un momento, sino un proceso gradual a nivel celular que comienza cuando los centros superiores no están en condiciones de mantener la circulación y ventilación. El momento de la muerte sería el límite más allá del cual ya no es posible el retorno". "No pertenece a la ética el establecimiento de los criterios definitorios de muerte, sino que esta tarea es propia de la ciencia médica". [20] Dicho criterio lo ratifica S.S. Juan Pablo II, dirigiéndose a la Pontificia Academia de Ciencias en 1989, en esa ocasión dijo: [21] "Los científicos, los analistas y los eruditos deben continuar sus investigaciones y sus estudios a fin de determinar con la mayor precisión posible el momento exacto y el signo irrecusable de la muerte". "Los moralistas, los filósofos y los teólogos han de encontrar soluciones apropiadas a los nuevos problemas o a los aspectos nuevos de los problemas de siempre, a la luz de nuevos datos. Tienen que examinar situaciones

[20] MONGE, M. A., "La integridad...", op. cit., cap. V "Deberes ante la vida que declina".

[21] JUAN PABLO II, "La investigación científica y la reflexión moral deben caminar en espíritu de cooperación", Discurso ante la Pontificia Academia de Ciencias, *L'Osservatore Romano*, Roma, 07.01.1990, p. 9.

que eran antes impensables, y que por eso nunca habían sido evaluadas. Con otras palabras, han de ejercer lo que la tradición moral llama la virtud de la prudencia, que supone la actitud moral y la fidelidad al bien". Este texto es fundamental, también se pregunta: "¿Cómo conciliar el respeto a la vida, que prohíbe toda acción susceptible de provocar o adelantar la muerte, con el bien que puede derivar para la humanidad de la extracción de órganos para el trasplante a un enfermo que los necesita, teniendo en cuenta que el éxito de la operación depende de la rapidez con que se extraen los órganos del donante después de la muerte?"

La determinación de la muerte por parte de los médicos es el aspecto central del problema. Al referirse al misterio de la muerte en la misma ocasión, S.S. Juan Pablo II dice: "La muerte puede significar la descomposición, la disolución, una ruptura" que se produce "cuando el principio espiritual que constituye la unidad del individuo no puede ya ejercer sus funciones sobre el organismo y en él, cuyos elementos, al ser abandonados, se disocian por sí mismos". Al referirse a "la ruptura" expresa: "El momento de esta ruptura no puede percibirse directamente, y el problema está en identificar sus signos". He allí el gran tema de discusión e incertidumbre. En la práctica se ha adoptado un

criterio empírico operativo. En definitiva, "La Teología ha aceptado la definición de muerte que la ciencia médica determina en cada momento". [22] Tener en cuenta al respecto el documento citado en cuarto lugar en la bibliografía, titulado: "Por qué el concepto de muerte cerebral es válido como definición de muerte".

En síntesis, la muerte es falta absoluta de funcionamiento y respuesta de reflejos del tronco encefálico (bulbo), no de la corteza cerebral. El electroencefalograma plano es expresión de lo que ocurre en la corteza, por lo tanto el individuo no está muerto. Muerte implica cese de las funciones del tronco y de la corteza. No es sólo una interrupción temporal, que puede ser más duradera en el niño sin repercusión en el resto del organismo, que en el adulto. Tiene que ser interrupción duradera, seis horas mínimo, para lo cual la legislación fija parámetros para cumplir por parte del equipo médico. Juan Pablo II afirma al respecto: "Desde el punto de vista clínico, sin embargo, la única forma correcta, y también la única posible, de afrontar el problema de la certeza de la muerte de un ser humano, es la de dirigir la atención y la investigación hacia la individualización de los signos de muerte reconocidos a través de su manifestación corporal en el individuo. Pío XII declaró que corresponde al médico dar

[22] MONGE, M. A., "La integridad...", op. cit., p. 146.

una definición clara y precisa de la muerte". [23]

Si se produce paro circulatorio y respiratorio en una persona que puede ser donante de órganos; debe continuarse la oxigenación de los tejidos con técnicas de sostén. Esto vale también para el recién nacido vivo anencefálico, es decir, que no tiene cerebro, pero que su tronco funciona durante un tiempo limitado.

Por el contrario, si se asiste a un ser humano vivo con terapias de sostén, es una persona humana a la cual se atiende y se la trata. Si el juicio clínico prudente hace el diagnóstico de muerte encefálica total según indican los parámetros científicos establecidos, desde ese momento es un cadáver del que se puede disponer con el debido respeto. Se debe distinguir claramente y poner de relieve la diferencia entre "tratar" y "disponer". [24]

MUERTE Y PERSONA HUMANA

Al tratar el tema de diagnóstico de muerte, es fundamental referirse al concepto del hombre como persona. Se considera en particular la situación del

diagnóstico de muerte de pacientes con tratamientos intensivos, muerte asistida, muerte intervenida, que coloca al equipo médico tratante ante la necesidad de decidir conductas que tienen fundamento no sólo científico, sino ético y antropológico.

El coma profundo y los denominados estados vegetativos, requieren tratamiento. El paciente no está muerto. El estado vegetativo es un cuadro clínico intermedio con coma inicial, injuria cerebral variable, sin poder hablarse de muerte; puede haber pérdida de funciones córticocerebrales superiores, pero funcionamiento del tronco encefálico. El caso paradigmático fue el de Karen Quinlan en 1975, que planteó a nivel mundial por primera vez un problema de este tipo, el cual fue considerado por la familia y la justicia tomando como punto de partida para las decisiones el tema de los tratamientos ordinarios o extraordinarios contenidos en la disertación de 1957 de S.S. Pío XII. Los Quinlan eran una familia católica de origen irlandés, residentes en Nueva Jersey, fueron asesorados por su asistente espiritual y confesor y por el Obispo. El argumento ético y legal para mantener solamente tratamientos ordinarios llegó hasta la Suprema Corte de los EE.UU. que

[23] JUAN PABLO II, *Los trasplantes de órganos deben garantizar el respeto por la vida*, Carta a la Pontificia Academia de Ciencias, 03.02.2005.

[24] MANTOVANI, C., *¿Cuándo establecer el momento de la muerte?* [en línea], disponible en: <<http://www.zenit.org/articulo-28583?l=spanish>> [consulta: 10.10.2011], 28.09.2008. [La autora es presidenta de la Asoc.de Médicos Católicos Italianos].

definió la posibilidad de retirar terapias de apoyo y sostén, manteniendo criterios ordinarios o proporcionados de atención. [25] Autorizada esta medida, la joven fue retirada del sector hospitalario de enfermos agudos y vivió algunos años más en un hospital de crónicos. Fue un antecedente judicial, apoyado en una interpretación ético-médica de la situación, que sentó jurisprudencia prudente y antecedente médico sobre las medidas extraordinarias de tratamiento de acuerdo al paciente, lugar y tiempo y, por otra parte, contra el abandono de enfermo y eutanasia por omisión.

El Estado Vegetativo Prolongado tiene preservada la función respiratoria, puede existir despertar y reversibilidad, vivir unos meses o años y morir por alguna situación intercurrente. Son los casos clínicos más complicados para tomar decisiones, ya sea para continuar tratamientos de sostén, tratamientos ordinarios, o para suspenderlos y esperar la respuesta, que en muchos casos es la muerte. [26]

En estas situaciones complejas, la decisión asistencial no sólo deriva de criterios científicos, sino de dos maneras de consi-

derar los datos neurológicos basados en dos antropologías diferentes que fundamentan la existencia de la persona humana. Según la forma en que se interprete, si el paciente es persona humana o ha dejado de serlo, serán las actitudes médicas que entran en conflicto. La Academia Pontificia para la Vida estableció pautas importantes para el conocimiento de los médicos, muy en especial para quienes actúan en Terapia Intensiva. Dichas orientaciones afirman: [27]

- El paciente en estado vegetativo es persona humana, por lo cual tiene derecho al pleno respeto de sus derechos, el primero de los cuales es el derecho a la vida y a la tutela de la salud.
- La situación exige la valoración correcta y profunda del diagnóstico, con el fin de evitar posibles errores en la decisión.
- Debe mantenerse una asistencia que abarque hidratación, alimentación, calefacción e higiene.
- Se debe estar atento para la prevención de posibles complicaciones y el control de cualquier signo de recuperación.

[25] QUINLAN, J., *Historia de Karen Ann Quinlan*, Barcelona, Ed. Grijalbo, 1978.

[26] GHERARDI, C., "Encarnizamiento terapéutico y muerte digna. Mitos y realidades", *Medicina*, Buenos Aires (1998), 58, pp. 755-762.

[27] ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA y FEDERACIÓN MUNDIAL DE ASOCIACIONES DE MÉDICOS CATÓLICOS, *Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo* [en línea], disponible en: <http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pont-acd_life_doc_20040320_joint-statement-veget-state_sp.html> [consulta: 10.10.2011].

- Tiene derecho a un adecuado proceso de rehabilitación.

La discusión acerca de la abstención y/o retiro de tratamientos de sostén en estos casos clínicos, establece diferencias radicales entre quienes consideran que el paciente tiene vida y debe seguir siendo tratado y lo que sostienen otros médicos, que optarían por el retiro de los medios ordinarios. Consideramos medios ordinarios a la hidratación por boca o endovenosa, alimentación por sonda gástrica o yeyunal, aspiración de secreciones, rotación en la cama, confort. El retiro de estos medios ordinarios implica eutanasia. Los ejemplos de estas situaciones dramáticas son por todos conocidos a través de casos que han trascendido por los medios de difusión, muy de actualidad en los últimos años. Es un tema sobre el tapete, manipulado muchas veces con ligereza, desconocimiento médico, imprudencia e irresponsabilidad, tanto por el periodismo como por políticos presuntamente progresistas.

Para algunas corrientes médicas de pensamiento, existe la creencia errónea de que cuando la conciencia queda abolida totalmente, como es el caso del estado vegetativo, la persona deja de existir, desaparece, sólo queda vivo el cuerpo biológico que la albergó. Esta forma de pensar parte de una perspectiva biologicista exclusiva. No es sólo una corriente vinculada con determinados criterios y explicaciones científicas neurológicas o

clínicas. Es una interpretación filosófica que influye en criterios médicos, aunque muchos profesionales lo ignoren.

La secuencia de esta manera de interpretar la vida humana es denominada ontogénica, basada en criterios evolucionistas de desarrollo del cerebro humano. Lo contrario es la interpretación ontológica o metafísica. Son dos antropologías en pugna vigentes, no sólo en las circunstancias históricas actuales, sino a lo largo de la historia de la humanidad.

Criterio Ontogénico: Esta teoría considera que desde el embrión, hasta el nacimiento y la lactancia, se establecen cuatro fases evolutivas del ser humano: a) organismo o conjunto multipotencial de células que conforman el embrión; b) individuo biológico, o feto en desarrollo perteneciente a la especie humana; c) ser humano en el momento de producirse el nacimiento; d) persona al desarrollar cualidades de relación, identidad, integración social, comunicación, afectividad, etc. Con el mismo razonamiento, pero a la inversa, el adulto o el enfermo que pierde estas cualidades propias de la persona humana, deja de serlo: el coma profundo, el de mente, el síndrome vegetativo persistente. Retrogradan en su estado evolutivo desde "persona" hasta "organismo" (estadio d. involucre a estadio a.). La injuria de la corteza cerebral irreversible que hace perder las funciones cognitivas superiores propias de la naturaleza humana, sería

definitoria para declarar que ese organismo biológico que aún respira, quedando vivo el cuerpo, ha dejado de ser persona y, por lo tanto, se puede prescindir de no continuar tratamientos. Por esta razón, se propone establecer un límite convencional a la atención médica y/o respetar las preferencias y decisiones anticipadas del paciente provenientes de su decisión basada en su autonomía como persona (*living will*).

El tema de la autonomía es un capítulo fundamental, con implicancias filosóficas, jurídicas y médicas, central en este asunto, realzado por los Principios de Bioética de cuño norteamericano, con distorsiones, interpretaciones e hipertrofias, cuyos aspectos esenciales no trataremos en esta presentación, pero que puede justificar para algunos tanto el suicidio asistido como la eutanasia. Insinuamos aquí la obligada consideración del tema de la libertad y la responsabilidad de su uso.

El criterio ontogénico avala "un replanteo sobre la, hasta hoy indiscutible, inviolabilidad del valor vida cuando se atiende con exclusividad a la vida biológica". "El reconocimiento de la necesidad de acordar convencionalmente el diagnóstico de muerte cerebral fue la primera señal de que en determinadas circunstan-

cias debía ponerse fin al sostén externo de algunas funciones vitales". [28]

El daño irreversible de la corteza afecta la conciencia, la afectividad y la comunicación; esto se interpreta como la auténtica desaparición de la identidad del organismo como persona. Ha quedado vivo el cuerpo, es un organismo, pero no es persona y se puede proceder a limitar su sostén y tratamiento. Para otros, la muerte exclusiva de la corteza cerebral (*high brain criterion*), propia de estados vegetativos, no se considera como muerte del individuo, razón por la cual, aún en esa situación, es persona.

El límite convencional de la atención médica, en los que han perdido la identidad de persona, si se acepta el enfoque científico-filosófico expuesto, es un criterio práctico sostenido por varios fallos judiciales en EE.UU., los cuales no aceptan la preservación de la vida del organismo, por no considerar a la vida física como un bien supremo. (Es lo contrario de los Principios de la Bioética personalista, que afirma como punto de partida el respeto y defensa de la vida física). El diagnóstico de muerte cerebral con pérdida persistente de la conciencia y de la vida de relación, que entraña un límite convencional a la atención médica, responde

[28] GHERARDI, C., "Encarnizamiento terapéutico...", op. cit.

a la teoría utilitaria de la Bioética ampliamente difundida por la influencia cultural anglosajona.

El utilitarismo es una concepción surgida en Inglaterra (Bentham y Stuart Mill) que acepta como principio ético que una acción es correcta o incorrecta en función de las buenas o malas consecuencias (consecuencialismo). Debe aclararse que la interpretación de la Bioética norteamericana no es la tradicional de ambos filósofos que basaban su objetivo en la felicidad personal [29] sino que es utilizada para la adopción de decisiones de actos médicos y en reglas sociales.

La interpretación como acto médico infiere que el desarrollo tecnológico ha introducido una serie de graves problemas, de costos financieros y de sobrevidas prolongadas que requieren nuevas reglas morales para dar soluciones. Para Beauchamp y Childress, "el único principio absoluto es el de utilidad. Toda regla puede ser sometida a revisión, incluso las reglas que prohíben matar en medicina pueden ser modificadas o revisadas". Sin embargo, estos autores señalan que el criterio utilitarista no se aplica generalizadamente en la práctica porque existen posibilidades de "consecuencias sociales adversas"

pero, agregan, si las circunstancias sociales fueran diferentes o cambiaran y "la legalización del hecho de matar por piedad (*mercy killing*) pudiera aumentar el bienestar social general, el utilitarismo no encontraría razones para prohibir el acto". (Téngase presente este criterio al considerar las reformas de la atención de la salud, promovidas por el actual gobierno de los EE.UU., particularmente en lo referente a aborto y eutanasia, que vistos bajo el esquema utilitarista, ahorran recursos).

Son varios los autores norteamericanos que sostienen estos puntos de vista para la atención médica (Engelhard y Singer, entre otros). Por otra parte, teniendo en cuenta los errores que pueden existir y a los cuales se exponen, hacen un llamado de atención a los médicos asistenciales, atentos a la responsabilidad médico-legal, que deben evitar cometer arbitrariedades con la muerte, en particular de minusválidos mentales y físicos.

Estas consideraciones han llevado en la actualidad a una interpretación ambigua del concepto de persona; pues dicho término es usado con distinta connotación por los seguidores de criterios empiristas funcionalistas [30] contrarios a los que sostenemos una ética médica cen-

[29] BEAUCHAMP, T. y CHILDRESS, J., "Teorías éticas" (cap. 2) en: *Principios de ética biomédica*, Barcelona, Masson S.A., 1999.

[30] PALAZZANI, L., "El concepto de persona en el debate bioético y biojurídico actual", Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Sagrado Corazón (Roma), *Medicina y Ética*, México (1997)/1, pp. 19-33.

trada en el respeto a la persona humana, considerada como tal por el hecho de ser hombre. Para estas interpretaciones materialistas, el término "persona" es banal y mal interpretado.

Criterio ontológico o metafísico: Para la interpretación personalista, la vida humana comienza en el momento de la fecundación, unión de los gametos sexuales masculino y femenino, ovocito y espermatozoide. El inicio del desarrollo del embrión es el comienzo de la vida de un nuevo ser de la especie humana, con carga genética proveniente de los aportes de cada uno de los gametos; un ser humano con un genoma propio, distinto de sus progenitores, real e irreplicable hasta su muerte. El embrión existe y se desarrolla de acuerdo a un programa individual y autónomo proveniente del genoma, continuo, sin interrupción a través de formas distintas, coordinado y gradual. La interpretación ontológica se basa en la existencia de un ser en sí, considerado persona, sujeto real que resulta una unidad sustancial. La persona, según la clásica definición de Boecio es "sustancia individual de naturaleza racional". La sustancia hace que algo sea lo que es, distinto de los demás e irreplicable. La persona es un ser que existe por sí mismo, es subsistente. El ser por sí mismo, desde la concepción hasta la muerte, la capacidad racional y la inteligencia implican una dignidad intrínseca por el sólo hecho de ser hombre, de lo cual derivan sus derechos. Esta interpre-

tación es fundamental, porque no se es persona por sus atributos o funciones: conciencia, interrelación social, lucidez, inteligencia, sensibilidad, afectividad, etc. "El ser humano es persona en virtud de su naturaleza racional", no se hace persona en virtud del ejercicio de sus funciones sino de su naturaleza.

La ausencia, ya sea por no actuación o privación de las propiedades o funciones (persona en coma, persona con pérdida de sus facultades mentales, etc.), no niega la existencia de la persona ni, por lo tanto, su dignidad y sus derechos como paciente, entre ellos a respetar su vida física, no ser abandonado, ser asistido y tratado de acuerdo a sus dolencias, y no matarlo.

Como pudo apreciarse en la teoría científicista-utilitaria de la persona, se hace una distinción entre vida del ser humano, o vida biológica u orgánica y vida de la persona humana. La persona sólo es identificada por su capacidad de relación con el ambiente. Si perdió la conciencia y dicha capacidad relacional, aun cuando tenga vida biológica, la persona puede declararse muerta; tratarlo sería fútil y en estas circunstancias podría ser considerado como dador de órganos.

De acuerdo con la interpretación ontogénica evolutiva se introduce una distinción entre vida biológica y vida como persona. "Un dato neurofisiológico como es la función del encéfalo superior, condi-

ciona la vida de relación, y ésta a su vez, condicionaría el concepto de persona". [31] Se reduce la persona a su capacidad de relación (teoría relacional). Ante esta interpretación, dice el autor citado: "Es necesario afirmar que la dignidad del ser y su valor, preceden a la expresión relacional, el ser humano posee todo su valor tanto en el embrión como en el moribundo".

El embrión es un ser humano en acto, no un ser potencial futuro o dependiente de ciertos desarrollos físicos o psíquicos. Su conformación biológica es la de un hombre desde que comienza la unión de los gametos. Reiteramos que el embrión es un ser humano diferente, independiente y autogestante y llevará a cabo "gradual y coordinadamente el programa de desarrollo propio de la especie". [32] "Si el embrión es la misma persona que el adulto, entonces no hay ningún argumento contra el ser persona del embrión que no fuera a la vez argumento contra el ser persona del adulto", "o el adulto es una persona y entonces también lo es el embrión, o el embrión no es persona y entonces nadie lo es". [33]

Siguiendo este razonamiento, esta consideración del origen y desarrollo de la vida y la persona humana como un

todo integral y continuo, "propio de la especie", permite afirmar a Sgreccia que en el otro extremo de la existencia, es decir en la muerte, que "vida del individuo y vida de la persona en el individuo humano, inician juntas el camino y juntas atraviesan la crisis de la muerte". Son razonamientos lógicos, racionales, de sentido común; ponen de manifiesto un principio coherente y realista.

El embrión "aun no habiéndose manifestado en acto y en su máximo grado todas sus propiedades" es persona, pues es parte del "proceso dinámico ininterrumpido que permitirá la actualización de tales caracteres", por eso, visto como en un espejo, en el otro extremo de la vida, es persona el moribundo, el demente, o que está en coma profundo, el síndrome vegetativo prolongado. Esta es la concepción ontológica personalista del ser humano que afirma la dignidad de la persona desde la concepción hasta el último instante.

CONSIDERACIONES FINALES

Desde el punto de vista legal, la Constitución Argentina incluye el art. 4 de la Convención Americana sobre Derechos

[31] SGRECCIA, E., "La persona e la vita", *Dolentium Hominum*, Roma (1986), 2: 38-41.

[32] BOSCH, M., "Fecundación y concepción ¿hasta dónde coinciden?", *Vida y Ética* (Publicación del Instituto de Bioética de la UCA), vol. 2, año 1, Buenos Aires (diciembre, 2000), pp. 7-41.

[33] SUÁREZ, A., "El embrión humano es una persona. Una prueba", *Cuadernos de Bioética*, vol. XIII, Asociación Española de Bioética y Ética Médica, (2002), 47, pp. 19-38.

Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) que dice: "Toda persona tiene derecho a que se respete su vida a partir del momento de la concepción". La Cámara Nacional en lo Civil se expidió el 3 de diciembre de 1999 en un fallo que afirma: "En el ordenamiento legal y constitucional argentino, la existencia de la persona comienza desde el momento de la concepción, sea en el seno materno o fuera de él, a partir del cual la persona es titular de derechos y obligaciones, entre ellos el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica". Este fallo fue ratificado por la Corte Suprema en 2001 en base a los pactos internacionales incorporados a la Constitución. La existencia como persona humana desde la concepción es también avalada por los art. 63 y 70 del Código Civil.

En la actualidad, lamentablemente, el aspecto jurídico se halla muy influenciado por corrientes filosóficas que no se caracterizan por su protección de la vida humana embrionaria. Estos fundamentos teóricos en boga sirven también para desvalorizar la vida humana cercana a la muerte.

En el presente trabajo no se abordan en particular estos criterios del Derecho que sirven de base para la proliferación de leyes sobre el tema, que tratan de regla-

mentar –obsesivamente hasta el mínimo detalle– temas privativos del diálogo íntimo entre el profesional, el enfermo y su familia. Es un criterio que también afecta a nuestro país. Al respecto nos parece oportuno citar bibliografía actualizada jurídica, coherente con la interpretación personalista, editada en España, con aportes europeos sobre Ética y Derecho. [34]

Asistimos a una ofensiva universal que lamentablemente busca afirmar la interpretación ontogénica biologicista materialista. Es la desvalorización del concepto ontológico, es la afirmación de una cultura de la muerte, es la ignorancia y poca responsabilidad de cierto pensamiento médico, muy influido por corrientes filosóficas y sociológicas que relativizan el valor de la dignidad intrínseca de la persona humana, es el triunfo de criterios utilitarios y pragmáticos en Medicina.

Es una manifestación de ideologismo e ignorancia plasmada en legislaciones de actualidad, que promueven discusiones populares y periodísticas sobre temas como "muerte digna", sin conocer el tema, influidos por subjetivismos o interpretaciones filosóficas de moda. Muerte digna no es eutanasia o abandono del paciente, tampoco es encarnizamiento u ob-

[34] Respeto Jurídico del Embrión Humano. Ver artículos varios sobre la desprotección jurídica de la vida humana embrionaria.: *Cuadernos de Bioética* (Revista Oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica), 2009, n. 69. Ver también sobre el mismo tema: *Cuadernos de Bioética*: "Bioética, deontología y derecho", 2005, n. 57 y *Cuadernos de Bioética*: "Biojurídica", 2005; n. 58.

ceación terapéutica. La interpretación objetiva del tema debería ser más conocida y estudiada por estudiantes de medicina, médicos y abogados en documentos racionales y objetivos que, con fundamentación filosófica realista, expresión de la ley natural, definen con sabiduría las pautas a seguir con los pacientes en estado terminal de enfermedad y proximidad de muerte. [35] [36]

En la enseñanza de ética en Medicina deben transmitirse conceptos propios de la venerable tradición médica, donde el tema de la muerte, el aborto y la eutanasia fueron siempre mayoritariamente entendidos, más allá y prescindiendo de

creencias religiosas, a la luz de la ley natural que condena el homicidio, la desaprensión frívola o sentimental y el utilitarismo econométrico ante la muerte, procurando objetividad y racionalidad en las decisiones. Queremos provocar inquietud y reflexión en la conciencia del médico ante estos temas, tratando que tome decisiones con cautela y juicio prudencial ante circunstancias críticas con enfermos terminales, que sepa discernir ante el uso de medios ordinarios o proporcionados de tratamiento o la necesidad de evitar medios desproporcionados. Es la necesaria convergencia entre una correcta indicación clínica avalada por la fundamentación ética.

[35] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración "lura et bona" sobre la eutanasia*, Roma, 5 mayo de 1980.

[36] CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, *La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana*, Madrid, Ed. Palabra, 1993.