

ACADEMIA FILOSOFICA DE LA PLATA

Asociación Civil Sin Fines de Lucro
Personería Jurídica Resolución 0425/91 - D.P.P.J.
Sede Legal: Calle 6 N° 1684 – Tel. 483-9425
La Plata - República Argentina
ENTIDAD DE BIEN PUBLICO
LEGAJO N° 726 - Municipalidad de La Plata

La Plata, 25 de Marzo de 2010

REF.: Violación del derecho a la vida
por aplicación Ley Nacional de
Trasplantes

Señor
Defensor del Pueblo de la
Provincia de Buenos Aires

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. en representación de la Academia Filosófica de La Plata, Asociación Civil sin fines de lucro, con domicilio en calle 6 N° 1684 de la ciudad de La Plata – Pcia. de Bs. As., Personería Jurídica Resolución 0425/91 de la D.P.P.J. y Entidad de Bien Público, legajo 726 de la Municipalidad de la Ciudad de La Plata, para **denunciar** que en la Pcia. de Bs. As. se está violando el derecho a la vida establecido en el Artículo 12, de la Constitución, que establece: *Todas las personas de la Provincia gozan entre otros de los siguientes derechos 1) A la vida desde la concepción hasta la muerte natural (situación ésta en la cual cesan todas las funciones vitales orgánicas).*

Esta violación del derecho a la vida se produce a raíz de la aplicación en el territorio provincial de la aplicación del Art. 23 de la Ley nacional 24.193 de Trasplantes de Órganos y Tejidos Humanos y su modificatoria 26.066, que contempla la ablación de órganos para trasplantes de las personas (donantes voluntarios o compulsivos) cuando las mismas se encuentran con muerte cerebral. En estos casos las personas están con vida, a las que se le extraen los órganos a corazón latiente adelantando la muerte de las mismas, o sea considerándolos no sólo como personas que van a morir sino como condenados a muerte, a los que anticipan su pronóstico final para extraerles los órganos, situación ésta contraria al derecho a la vida establecido en la Constitución de la Provincia de Buenos Aires.

Se sabe perfectamente que del cadáver, que el común de las personas está acostumbrado a ver y está listo para ser enterrado, sus órganos principales no sirven para trasplantes.

La condición necesaria para que los órganos principales sean de utilidad, es que la persona a quien se le extraen los órganos se encuentre con muerte cerebral, y todo el organismo continúe con vida aún sostenida por medios mecánicos, que en algunos ha perdurado muchos meses o años.

Esta situación, debería informarse a la población, la que supone que cuando se habla de donación para después de la muerte, el cadáver es aquel en el cual cesaron todas las funciones vitales y no aquel otro que se le extraen los órganos a corazón latiente.

En el Programa de Procuración de Órganos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, al donante se lo denomina paciente al que hay que mantener con apoyo circulatorio y respiratorio, con vida, hasta la ablación de sus órganos. Y por otro lado expresa que si el paciente al ingreso al hospital, es cadáver, es decir, en este caso está realmente muerto y sus órganos principales ya no son de utilidad para trasplantes, es apto para ablación de tejidos.

O sea que constituye un doble discurso, a la población se le dice cadáver y para después de la muerte e internamente se habla de mantener con vida al paciente hasta la ablación. Este doble mensaje es desconocido por la población y también ignorado por los medios de difusión. La gente piensa que le sacarán los órganos después de estar muerto, cuando ya nada funciona en el organismo y eso, no es así.

El 24/10/95 en el Aula Magna de la Facultad de Derecho de la U.B.A., el Dr. Carlos R. Gherardi, del Hospital de Clínicas Gral. San Martín, expresó: "Si a un potencial donante, hombre, con MUERTE CEREBRAL, se le extrae semen y se implanta en una mujer, ésta puede quedar

embarazada. Y si el potencial donante es mujer y está embarazada, puede ser alimentada y mantenida biológicamente durante toda la gestación hasta dar a luz normalmente. ... ***“¿Desde cuándo los cadáveres tienen hijos?”***

Los médicos norteamericanos Carey A. Byrne y Richard G. Nilges manifestaron que con la denominada muerte cerebral, la persona es determinada muerta y tratada como viva, pero el corazón está todavía latiendo, existe presión sanguínea y al golpear la rodilla ésta se sacude; el color es normal, pero cuando se presiona sobre la piel, ésta se emblanquece y el color retornará al quitar la presión. Un drenaje de succión y de postura se realiza para prevenir la neumonía. El paciente es dado vuelta para prevenir las escaras. ... ***“¿Cómo puede un cadáver enfermarse, desarrollar neumonía o tener escaras?”***

En muchos países, se ha establecido la muerte encefálica o cerebral, como muerte de la persona, lo que significa que el paciente (donante) que se encuentra en ese estado está **LEGALMENTE MUERTO, PERO NO REALMENTE MUERTO.**

Esta muerte (cerebral) inventada y utilitaria permite extraer los órganos a las personas que tienen vida.

DE ACUERDO A ESTE NUEVO CONCEPTO DE MUERTE, LOS CADÁVERES PUEDEN ENFERMARSE, TENER HIJOS; en Inglaterra y otros países, **SON ANESTESIADOS PARA QUE NO SIENTAN DOLOR CUANDO LE EXTRAEN LOS ÓRGANOS** y finalmente **MUEREN POR ABLACIÓN DE SUS ÓRGANOS O DE PARO CARDIORESPIRATORIO.**

Tanto vale la vida del donante agónico, como del receptor también agónico.

¿Cuál es el criterio moral, ético y jurídico que se sigue para determinar que la vida del receptor de los órganos merece mayor y mejor amparo que el donante?

Hemos realizado numerosas gestiones ante autoridades Nacionales y Provinciales a partir del año 1995, solicitando la suspensión de la aplicación del Art. 23 de la Ley Nacional 24.193 en lo referido a la llamada muerte cerebral en la Pcia. de Bs. As., en defensa del derecho a la vida hasta la muerte natural, sin resultados positivos.

Asimismo hicimos la presentación a la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, que emitió un fallo, con fecha 24 de junio de 1997, caratulado I. 2098 “SENCAR, CARLOS GUILLERMO Y OTROS S/INCONSTITUCIONALIDAD LEYES 24.193 Y 10.586 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO” (cuya copia adjuntamos e identificamos con el número 4), del cual se desprende claramente que el Poder Judicial Provincial ha sido terminante en cuanto que no puede expedirse sobre la aplicación de una Ley Nacional en la Pcia. de Bs. As.

Como prueba científica que los llamados cadáveres con muerte cerebral son seres vivos, acompañamos esta presentación la siguiente documentación:

(1) Copia de la página IX-268 del libro Fisiología Humana – Tomo 4 – Neurofisiología – El Ateneo – 1989, del Premio Nobel de Medicina Dr. Bernardo Houssay, el cual sostiene lo siguiente: “En efecto, el silencio eléctrico cerebral permanente es un índice de la muerte del cerebro, situación muy particular en el cual coexisten **un cerebro muerto y un cuerpo vivo**”.

(2) Copia de algunas páginas del Programa de Procuración de Órganos de la Provincia de Buenos Aires, en las que puede apreciarse el **mantenimiento con vida** del potencial donante, hasta la ablación de sus órganos (resaltado con letra A) y si el paciente es cadáver y sus órganos principales no son de utilidad para trasplantes, podrá llevarse a cabo la ablación de tejidos (resaltado con letra B).

(3) Copia de una parte de las publicaciones del Dr. Alan Shewmon, MD, Profesor of Neurology and Pediatrics, Chief, Neurology Department, Olive View - UCLA Medical Center (University of California, Los Ángeles, USA), en inglés y su traducción en español, en la cual hemos resaltado que la persona que se encuentra con muerte cerebral es un **organismo humano vivo**, mencionando un caso de una persona que vivió 20 años en ese estado.

En resumen, de lo expuesto se deduce de la documentación que acompañamos (1), (2) y (3), que la situación de los donantes con muerte cerebral, son seres humanos vivos con funciones vitales

a los que ablacionan sus órganos, de acuerdo a la Ley Nacional 24.193 y su modificatoria Ley Nacional 26.066, siendo esto violatorio al derecho a la vida establecido en el Art. 12 (inciso 1) de la Constitución Provincial.

PETICIÓN:

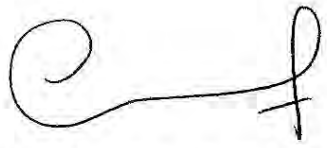
Por lo expuesto, solicitamos al Señor Defensor del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires, realizar las gestiones que correspondan a fin de lograr la suspensión de la aplicación del Art. 23 de la Ley Nacional 24.193 de Trasplantes de Órganos y Tejidos Humanos y su modificatoria 26.066 en lo referido a la llamada muerte cerebral, en todo el territorio de la Provincia de Bs. As., por ser violatoria del derecho a la vida establecido en la Constitución Provincial.

Saludamos a Ud. atentamente.


NELIDA ESTER CASTRO
SECRETARIO




CARLOS GUILLERMO SENCAR
PRESIDENTE


TEPESES GABRIELA 31.359.296
25/03/10
Personal Defensoría
del Pueblo de la Provincia
de Buenos Aires
(a la fecha sello en trámite)

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

(1)

El EEG en las lesiones cerebrales. En diversas afecciones del sistema nervioso, como ser hemorragias, tumores, traumatismos o infecciones, los ritmos registrados se hacen más lentos. Los tumores determinan a menudo la producción de focos de ondas lentas polimorfas. Sin embargo, cualquier otra lesión puede crear focos daltógenos.

El EEG y la muerte cerebral. El EEG es un valioso auxiliar para el diagnóstico de la muerte cerebral. En efecto, el silencio eléctrico cerebral permanente es un índice de la muerte del cerebro, situación muy particular en la cual coexisten un cerebro muerto y un cuerpo vivo. En Estados Unidos, el National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke, estableció un conjunto de criterios y definiciones para determinar la muerte cerebral. Las comprobaciones que fundamentan esos criterios deben estar presentes durante 30 minutos como mínimo, 6 horas después del comienzo del coma y de la apnea. Los criterios son:

- 1) Coma
- 2) Apnea
- 3) Pupilas dilatadas
- 4) Ausencia de reflejos cefálicos
- 5) Silencio eléctrico cerebral

Cada uno de estos criterios se define del siguiente modo:

Coma: ausencia de reflejos cerebrales (un estado en el cual el sujeto no responde finalísticamente a estímulos externos; no obedece órdenes y no emite sonidos espontáneamente o en respuesta a estímulos dolorosos).

Apnea: ausencia de respiración espontánea manifestada por la necesidad de respiración artificial y sin tendencia por parte del sujeto a sobreponerse al ritmo impuesto, por lo menos durante 15 minutos.

Ausencia de reflejos cefálicos: pupilar, corneano, oculo-auditivo, estornudo, deglución, tos, etc.

Silencio eléctrico cerebral: trazado EEG con potenciales no mayores de 2 microvoltios, recogidos con pares de electrodos colocados simétricamente sobre el cerebro, con 10 cm de distancia interelectrónica y con una resistencia entre ellos de 100 a 10.000 ohms.

Esto tiene importancia médica pues en general se adopta el criterio de no mantener la vida por medio del sostenimiento de la función cardíaca con respiración artificial, cuando las funciones cerebrales superiores están definitivamente anuladas.

La epilepsia. La epilepsia es una afección en la cual hay excitabilidad anormal de las neuronas con producción de

ataques o crisis periódicas impredecibles. Las crisis epilépticas son fenómenos paroxísticos motores, sensoriales o psicológicos producidos por descargas neuronales anormales originadas sobre la base de la hiperexcitabilidad neuronal. La descarga anormal se manifiesta en el EEG por formas de onda características: son las descargas icales. Al respecto es menester señalar algo que tiene importancia para la comprensión de la fisiopatología de la epilepsia: en los intervalos entre las crisis también hay descargas anormales que se denominan descargas interictales.

Descargas neuronales anormales pueden aparecer también a causa de otros procesos patológicos como insuficiencia hepática o renal, traumatismos, tumores, alteraciones metabólicas e infecciones.

Todavía no están perfectamente aclarados ni los mecanismos que determinan que un paciente tenga crisis periódicas ni aquellos que protegen al sujeto normal.

Las crisis son de aparición impredecible pero una vez que comienzan siguen un curso predecible. Se denominan parciales o focales cuando afectan solamente una parte del cerebro y generalizadas cuando lo afectan en un todo o en su mayor parte.

La electrofisiología de una crisis parcial se puede estudiar de modo incruento igual que un EEG normal, colocando electrodos de registro sobre la piel del cráneo. La característica de la descarga focal es la aparición de espigas agudas en una zona limitada del cerebro (fig. 18-27, A), que corresponde a la descarga sincrónica de las neuronas bajo el electrodo de registro. Las características clínicas de las descargas focales dependen de la región implicada. Por ejemplo, si la zona afectada es la motora, habrá manifestaciones motoras. Un estudio cuidadoso de esas manifestaciones permitió a H. Jackson describir la organización somatotópica de la corteza motora. La denominada epilepsia psicomotora es una forma de crisis parcial debida a alteraciones del lóbulo temporal, en la que puede haber ilusiones sensoriales complejas con acciones motoras también complejas.

Las crisis generalizadas se manifiestan electrofisiológicamente en porciones muy extensas del cerebro, desde el comienzo mismo de la crisis (fig. 18-27, B). Dentro de las crisis generalizadas se distinguen el "petit mal" y el "grand mal". El primero, también llamado epilepsia de ausencia, se caracteriza por lapsos breves de inconsciencia. El registro EEG muestra los complejos llamados de punta-onda con una frecuencia de 3/s (fig. 18-28). Aparecen en ambos he-

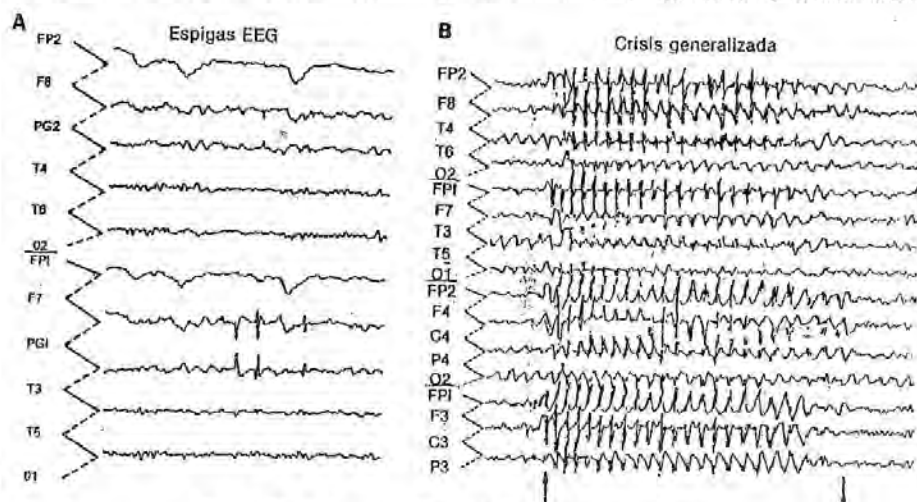
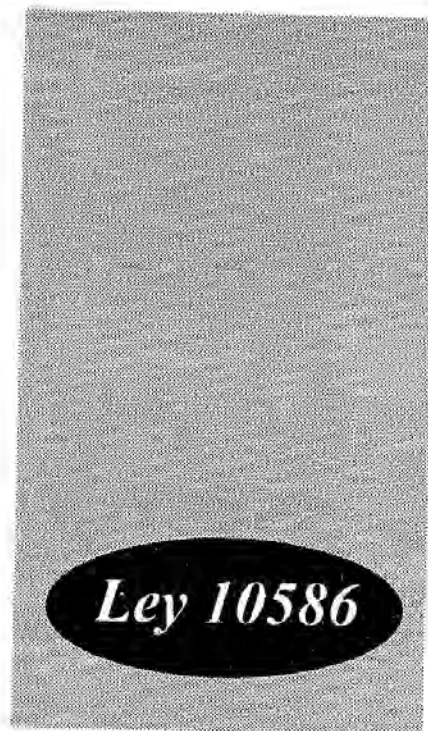


Fig. 18-27. A, descarga epiléptica focal. B, descarga generalizada.

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

(2)



Ley 10586



MINISTERIO DE SALUD

UN COMPROMISO DEL GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires sancionan con fuerza de

Ley 10586

Art.1º: El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en uso de las atribuciones que en materia de poder de policía sanitaria le acuerdan las leyes provinciales, será la autoridad de aplicación en todo el territorio provincial de las disposiciones que la Ley Nacional 21.541 establece respecto de la habilitación, inspección y evaluación de los profesionales o equipos y de los establecimientos y servicios que se aboquen a la práctica que esta ley legisla.

Art.2º: El Ministerio de Salud ejercerá la competencia atribuida por el artículo 1º de la presente ley, en forma exclusiva y excluyente en la jurisdicción provincial respecto de los establecimientos y servicios oficiales, privados o mixtos, y del profesional o equipos, comprendidos Jefes, Sub-jefes, o profesionales intervinientes.

Art.3º: La competencia a la que se refiere el artículo 2º, se ejercerá sobre los establecimientos, servicios, equipos y profesionales que realicen las siguientes prácticas:

- a) Ablación e implante de corazón, vasos y estructuras valvulares.
- b) Ablación e implante de pulmón.
- c) Ablación e implante de hígado.
- d) Ablación e implante de Páncreas.
- e) Ablación e implante de intestinos.
- f) Ablación e implante de riñón y uréter.
- g) Ablación e implante del sistema osteoarticular.
- h) Ablación e implante de piel.
- i) Ablación e implante de córnea y demás tejidos constitutivos del ojo.
- j) Ablación e implante de tejidos constitutivos del oído medio externo.
- k) Ablación e implante de duramadre.

DECRETO N° 9821

REGISTRADA bajo el número DIEZ MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS (10.586).

La Plata, 8 de agosto de 1990.-

Visto el expediente N° 2100-34030/88 por el cual se gestiona la reglamentación de la Ley 10.586, de Ablación e Implante de Organos,

CONSIDERANDO:

Que para el cumplimiento de lo dispuesto en dicha Ley, se crea en el ámbito del Ministerio de Salud, la Dirección Centro Unico Coordinador de Ablación e Implante de Organos de la Provincia de Buenos Aires;

Que en consecuencia, corresponde dictar el acto administrativo pertinente :

Por ello ,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DECRETA;

Artículo 1°.- Apruébase la reglamentación de la Ley 10.586, de ablación Ablación e Implante de Organos, la que como Anexo I pasa a formar parte integrante del presente.

Artículo 2°.- Facúltase al Ministerio de Salud a determinar y establecer los aranceles por los servicios que preste la Dirección C.U.C.A.I.B.A en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 10.586.

Artículo 3°.- El presente Decreto será refrendado el Sr. Ministro Secretario en el Departamento de Salud.

Artículo 4°.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese al Boletín Oficial, pase al; Ministerio de Salud (Dirección de Despacho) a sus efectos.

DECRETO N°2967

ASISTENTES SOCIALES: Son los que tendrán como función la participación integral en todos los operativos así como la cumplimentación de los requisitos legales.

COORDINADOR OPERATIVO: Será aquel integrante del CRAI que tendrá como función la recepción de las denuncias de potenciales donantes cadavéricos, convocar a los distintos especialistas y técnicos y coordinar los operativos de procuración, tipificación, ablación, distribución e implante.

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.

Histocompatibilidad: El Servicio de Histocompatibilidad del CRAI garantizará con personal técnico y profesional los estudios de compatibilidad tisular. Deberá establecer un funcionamiento continuado de 24 Hs activas.

Laboratorio de Análisis Clínicos: Será el laboratorio del CRAI que garantizará la realización de los estudios requeridos. Deberá establecer un funcionamiento de 24 Hs. activas.

Laboratorio de Serología: Será el laboratorio del CRAI que garantice la realización de determinaciones serológicas requeridas (HIV, CMV, HBsAg, VDRL, etc.). Deberá establecer un funcionamiento de 24 Hs. activo.

COORDINADOR EJECUTIVO REGIONAL: Será llevada a cabo por un miembro del equipo del CRAI que será responsable ante la Dirección CUCAIBA de garantizar la organización y funcionamiento del CRAI.

Corresponde al Expediente Nro 2900-47214/91

La Plata, 27 de Agosto de 1991.-

Visto lo dispuesto por las Resoluciones nro 2468/91 y 2469/91, mediante las cuales se creó la REGION PROVINCIA DE BUENOS AIRES y las REGIONES CUCAIBA SUR Y NORTE, y

CONSIDERANDO:

Que para dar cumplimiento a lo dispuesto y permitir, fomentar y organizar el desarrollo de las funciones de los CENTROS REGIONALES DE ABLACION E IMPLANTE SUR Y NORTE, en lo referente a la procuración de órganos en ámbito de la Provincia de Buenos Aires, a fin de implementar el Programa de TRANSPLANTE de este Ministerio, y así establecer el correspondiente Programa, corresponde dictar el acto administrativo pertinente;

Por ello,

EL SUBSECRETARIO DE MEDICINA ASISTENCIAL

RESUELVE:

Art.1º: Aprobar el PROGRAMA DE PROCURACION DE ORGANOS, elaborado por la Dirección Centro Unico Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires (CUCAIBA), dependiente de la Subsecretaría de Medicina Asistencial, cuya fotocopia pasa a formar parte integrante de la presente.

Art. 2º: Regístrese, comuníquese y archívese.

RESOLUCION Nº: 002595.-

PROGRAMA DE PROCURACION DE ORGANOS EN LOS HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

El objetivo del presente programa es el de establecer NORMAS DE PROCEDIMIENTO para promover y hacer efectiva la donación y procuración de Organos en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires. Para desarrollar los objetivos del programa deberán llevarse a cabo las siguientes acciones:

1)- Efectuar reuniones regionales con los Coordinadores de Regiones Sanitarias, los Secretarios de Salud de los Municipios, los Directores de Hospitales conjuntamente con los Jefes de los Servicios de Emergencia y los Jefes de los Servicios de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria de cada uno de los Hospitales, a los fines de explicitar los objetivos del programa aclarar las dudas operativas, legales, instrumentales, etc.

2)- Establecer los procedimientos para llevar a cabo la identificación de los potenciales donantes y la forma en que se da comienzo al operativo explicitando la secuencia de acontecimientos y el grado de participación que le competen a cada nivel.

3)- Efectuar una clasificación de los Hospitales a fin de establecer el nivel en que cada uno participa en función de los recursos con que cuenta, en el proceso de donación.

4)- Confeccionar un instructivo en el que se consignen sintéticamente:

a) consideraciones e información acerca de la donación de órganos (criterios de donación, edad, órganos y tejidos viables, situación previa del donante, estudios humorales para considerar la situación de potencial donante, etc).

b) procedimiento para efectuar la denuncia del paciente con muerte cerebral al CRAI Regional.

c) actitud con los familiares.

d) siguiente paso a ejecutar en que quedará definido por el nivel de Hospital de que se trate.

5)- Cada Hospital podrá identificarse asimismo ubicándose en una de las siguientes clasificaciones, por lo que consecutivamente indicará el siguiente paso a ejecutar.

CLASIFICACION DE HOSPITALES EN RELACION AL GRADO DE COMPLEJIDAD Y REQUERIMIENTOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE DONACION.

HOSPITALES TIPO I: Hospitales que se hallan capacitados pa detectar potenciales donantes y referirlos a centros Tipo 2 o 3.

A HOSPITALES TIPO II: Hospitales que se hallan capacitados par diagnosticar MUERTE CEREBRAL Y MANTENER AL DONANTE hasta la llegada del equipo de ablación e implante del CRAI, o transferir al paciente al Centro de ablación e implante del CRAI respectivo. 38

HOSPITALES DE TIPO III: Hospitales que se hallen capacitados para ablacionar órganos y tejidos.

HOSPITALES DE TIPO IV: Hospitales que se hallan capacitados para ablacionar y transplantar órganos y tejidos.

HOSPITALES TIPO I

Se trata de Hospitales de baja complejidad que carecen de recursos para la atención de pacientes críticos. Estos hospitales habitualmente derivan a los pacientes con trauma cerebral para su tratamiento a otro centro. No obstante en caso de considerarse al paciente como potencial donante se derivará al mismo al centro receptor haciendo constar fehacientemente esa circunstancia.

A

No todos los hospitales incluidos en esta categoría se encuentran en condiciones de mantener al paciente con apoyo respiratorio y circulatorio durante el período de tiempo requerido para realizar el diagnóstico de muerte cerebral y el mantenimiento del donante.

A

De todas maneras estos hospitales deberán estar familiarizados los criterios de donación y poseer los protocolos para la estabilización del potencial donante y derivarlos a centros mayor complejidad.

Cuando el paciente que es derivado tiene pocas probabilidades de supervivencia la familia deberá ser informada de la posibilidad de la donación de órganos. La posibilidad potencial de donación y la opinión familiar serán comunicadas al centro receptor.

B

Si el paciente es cadáver al ingreso o es claramente no viable para donación de órganos perfundidos, en los Hospitales tipo I podrá llevarse a cabo la ablación de tejidos por parte del equipo del CRAI.

B

HOSPITALES CAPACITADOS PARA IDENTIFICAR POTENCIALES DONANTES Y DE DERIVARLOS A CENTROS TIPO II O III Deberán contar con el siguiente personal entrenado:

- A - Médicos con conocimiento de los criterios básicos de las normas de apoyo y mantenimiento del donante para aplicarlas antes de, y durante el traslado del donante hacia un centro de 2 o 3 orden.

Deberán establecerse programas de educación conducidos a informar al personal médico y de enfermería encargado de la recepción y asistencia de pacientes en los servicios de emergencia y de cuidados especiales y/o críticos acerca de donación de órganos y tejidos y trasplante así como identificación, mantenimiento y derivación de potenciales donantes.

Esta tarea deberá ser desarrollada por los integrantes del CRAI regional dentro de su área programática.

HOSPITALES TIPO II

A Estos hospitales deberán poseer la capacidad de mantener al paciente con apoyo respiratorio y circulatorio durante el diagnóstico de MUERTE CEREBRAL y mantener al potencial donante hasta el arribo del CRAI Regional.

A Los mismos deberán poder realizar el diagnóstico de muerte cerebral, mantenimiento del donante e iniciar con los familiares el procedimiento para la obtención del consentimiento para la donación. Deberán asimismo poseer un quirófano y personal para la eventual asistencia y apoyo del equipo CRAI Regional que concurra para continuar con el operativo de ablación.

En caso de que el Hospital se encuentre cercano al centro de trasplante deberá, con el previo consentimiento de los familiares y la conformidad del CRAI Regional proceder al traslado del donante tomando las medidas básicas de apoyo y mantenimiento al centro de ablación e implante respectivo.

Deberán contar con el siguiente personal entrenado:

- Médicos capacitados para realizar el diagnóstico de MUERTE CEREBRAL. (Neurólogos o Neurocirujanos).

- Médicos (anestelistas, nefrólogos, internistas, o cirujanos) capacitados para el mantenimiento, manejo hemodinámico y farmacológico del donante que permitan la estabilización, soporte antes y durante el traslado del donante a un centro de 3 nivel.

- Personal médico y de enfermería que pueda dar apoyo al equipo del CRAI en caso de ser necesario.

- Poseer un oftalmólogo o cirujano general capacitado para realizar enucleación de ojos.

- LA COORDINACION DEL OPERATIVO ESTARA A CARGO DEL CRAI REGIONAL RESPECTIVO.

- Será necesario contar con Laboratorio de análisis clínicos para la realización de las determinaciones requeridas para la evaluación humoral de los pacientes críticos.

Deberán establecerse programas de información para el personal médico y de enfermería sobre donación de órganos y tejidos así como mantenimiento del donante.

EQUIPAMIENTO REQUERIDO.

Electroencefalógrafo para la realización de diagnóstico de MUERTE CEREBRAL.

A El equipamiento necesario para el apoyo y mantenimiento del donante es el requerido para la asistencia de pacientes críticos, a saber:

- monitoreo cardiovascular, asistencia respiratoria mecánica, soluciones parenterales y laboratorio bioquímico y serología.
- radiología.
- cateterismo venoso y arterial para infusión y determinación de presiones: venosa central pulmonar y arterial media.

HOSPITALES TIPO III

HOSPITALES CAPACITADOS PARA ABLACIONAR ORGANOS Y TEJIDOS.

Estos hospitales deberán estar capacitados para realizar:

- a) diagnóstico de muerte cerebral, o confirmarlo si el donante hubiera sido transferido de otro centro de menor complejidad con el diagnóstico realizado.
- A b) efectuar el mantenimiento del donante, hasta la realización del procedimiento de ablación por el equipo del CRAI Regional.
- c) efectuar los estudios necesarios determinados por el protocolo para donantes cadavéricos.
- d) efectuar el apoyo al CRAI para la ejecución del procedimiento de ablación y acondicionamiento de los órganos y tejidos.
- e) el procedimiento de ablación, acondicionamiento y traslado de los órganos será ejecutado por el equipo del CENTRO REGIONAL DE ABLACION E IMPLANTES.

EN TODOS LOS CASOS EL HOSPITAL DEBERA EFECTUAR Y/O CONFIRMAR LA DENUNCIA DE MUERTE CEREBRAL AL CRAI REGIONAL RESPECTIVO, ANTE EL INGRESO DE UN POTENCIAL DONANTE DE ORGANOS.

REQUERIMIENTOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA EN HOSPITALES TIPO III

- médico con conocimiento de los criterios de muerte cerebral (neurólogo o neurocirujano).
- técnico encefalografista.
- médico (nefrólogo, anestesista, internista), con conocimiento de los protocolos de mantenimiento de potenciales donantes.
- enfermeras con entrenamiento en asistencia de pacientes críticos.
- anestesista para asistencia y manejo farmacológico y hemodinámico intraoperatorio de donante.
- especialistas en infectología, cardiología, gastroenterología, neumonología, nefrología, urología, radiología.

OTROS REQUERIMIENTOS:

- Servicio Social.
- Servicio de Laboratorio, bacteriología y serología.
- Servicio de Hemoterapia.

EQUIPAMIENTO:

- Instrumental neurológico necesario para el diagnóstico de muerte cerebral.

A - El equipamiento necesario para el mantenimiento del donante es el mismo requerido para la asistencia de pacientes críticos:

- a) monitoreo de función cardiovascular.
- b) monitoreo de función pulmonar, asistencia respiratoria mecánica.
- c) monitoreo de presiones.
- d) radiología convencional.
- e) cateterismo venoso y arterial para monitoreo e infusión de soluciones.

HOSPITALES CAPACITADOS PARA ABLACION Y TRANSPLANTAR ÓRGANOS Y TEJIDOS

A

Los Hospitales TIPO IV deberán poseer además del perfil expresado precedentemente, la capacidad de diagnosticar Muerte Cerebral o confirmarla en aquellos donantes transferidos de otros centros, como así también realizar el soporte y mantenimiento del donante. Deberán poseer asimismo los recursos y la capacidad para Ablacionar, Preservar y Transplantar Organos y Tejidos.

REQUERIMIENTOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA EN HOSPITALES TIPO IV:

- Médicos capacitados para la realización del diagnóstico de muerte cerebral (neurólogos y/o neurocirujanos).
- Médicos capacitados para el soporte, mantenimiento y manejo hemodinámico y farmacológico del donante (internista, nefrólogo, anestesta, o cirujano).
- Enfermeras capacitadas en el manejo de los protocolos de mantenimiento del donante.
- Técnicos electroencefalografistas.

A

Una vez diagnosticado y certificada la Muerte Cerebral el equipo de apoyo comenzará el procedimiento de mantenimiento del donante.

El equipo médico y técnico entrenado deberá estar disponible las 24 Hs. en forma permanente.

- Anestesista para el manejo hemodinámico y farmacológico intraoperatorio.
- Especialistas en infectología, cardiología, gastroenterología, radiología y medicina nuclear, neumonología, urología.
- Cirujanos ablacionistas. Habitualmente la ablación de corazón, hígado y pulmón es llevada a cabo por los equipos de los centros de transplantes de los órganos respectivos.
- Enfermeras con entrenamiento en donación de órganos y tejidos.

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

(3)



D. ALAN SHEWMON, M.D.
Professor of Neurology and Pediatrics
Chief, Neurology Department
Olive-View/UCLA Medical Center

OLIVE VIEW-UCLA MEDICAL CENTER
14445 Olive View Drive, Room 2C136
Sylmar, CA 91342-1437
TEL: (818) 364-3104
FAX: (818) 364-3286
ashewmon@mednet.ucla.edu

October 19, 2007

Sr. Carlos Sencar, President
Sra. Néida Castro, Secretary
Academia Filosófica de la Plata
Calle 6 No. 1684
La Plata - CP 1900
Provincia de Buenos Aires
ARGENTINA

Dear Sr. Sencar and Sra. Castro:

Only this last week did I receive your letter dated July 30. My views on the topic of brain death and organ transplantation are expressed in the enclosed publications. I hope they can be of use to you.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "D. Alan Shewmon".

D. Alan Shewmon, MD
Chief, Department of Neurology
Olive View-UCLA Medical Center
Clinical Professor of Neurology and Pediatrics
Vice Chair of Neurology
David Geffen School of Medicine at UCLA

MENTAL DISCONNECT:
'PHYSIOLOGICAL DECAPITATION' AS A HEURISTIC
FOR UNDERSTANDING 'BRAIN DEATH'^{*1}

D. ALAN SHEWMON

1. STATEMENT OF THE PROBLEM

The important task entrusted to this Conference by Popes Benedict XVI and his predecessor John Paul II has been clearly articulated by Bishop Chancellor Sánchez Sorondo: 'The Academy is thus faced with the task of seeing whether the criterion of brain death (according to its full definition) indicates the biological state of death of an individual ...' (Conference Brochure, p. 4, 'The Purpose of the Meeting').

It is remarkable that in the last decade or so, the various position statements and official commentaries on brain death by neurological and other medical societies have failed to state *why* brain death should be regarded as death of the individual. The same can be said for many recent books and chapters by neurologists on the subject. The equivalence is simply taken for granted as common knowledge, and the discussions focus rather on such aspects as diagnostic criteria for determining that the brain is dead, controversies over how much of the brain must be destroyed for the brain as a whole to be dead, etc.

The American Academy of Neurology, for example, in its 'Practice Parameters for Determining Brain Death in Adults' (1995), which still remain the gold-standard diagnostic criteria in the United States, did not offer a single reason why it considers death of the brain to be death. Neither did fellow conferee Dr. Elco Wijdicks in his accompanying commentary on the 'Practice Parameters' (Wijdicks, 1995) or in the chapter on brain death in his book on critical care neurology (Wijdicks, 2003, pp. 547-62). Nor, in his recent book on brain death (Wijdicks, 2001a), does he state why he him-

^{*} The views expressed with absolute freedom in this paper should be understood as representing the views of the author and not necessarily those of the Pontifical Academy of Sciences.

¹ Although not publicly discussed, this paper was added because Professor Shewmon sent it in before the meeting and it was privately viewed and discussed by the participants.

PONTIFICIAE ACADEMIAE SCIENTIARVM SCRIPTA VARIA

110

Working Group on

THE SIGNS OF DEATH

11-12 September 2006

Edited by

H.E. Msgr. Marcelo Sánchez Sorondo



EX AEDIBVS ACADEMICIS IN CIVITATE VATICANA

MMVII

The opinions expressed with absolute freedom during the presentation of the papers of this meeting, although published by the Academy, represent only the points of view of the participants and not those of the Academy.

Acknowledgements

I would like to thank the following people for their valuable work on this volume: Dott. Lorenzo Rumori (layout, graphic design, conference photographs and index structure), Gabriella C. Marino (language revision, transcripts, proofreading and index structure), Dott.ssa Barbara Pelinka (German transcripts and translations), Dott.ssa Alessandra Petrillo (proofreading), Prof. Matthew Pforde (revision), Archiv. Aldo Cicinelli and Dott.ssa Simonetta Ulisse (Secretariat).

M.S.S.

ISBN 978-88-7761-090-4

© Copyright 2007

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or by any means, electronic, mechanical, recording, photocopying or otherwise without the expressed written permission of the publisher.

PONTIFICIA ACADEMIA SCIENTIARVM
VATICAN CITY

Desconexión mental:

‘La decapitación fisiológica’ como la heurística para comprender la ‘muerte cerebral’.¹

Dr. Alan Shewmon

1. Declaración del problema

El obispo canciller Sánchez Sorondo expresa claramente la importante labor confiada a esta conferencia por el papa Benedictino XVI y su antecesor Juan Pablo II: “la Academia (La Academia Pontificia de las Ciencias) encara la tarea de ver si el criterio de muerte cerebral (de acuerdo a su definición completa) indica la muerte del individuo en su condición biológica...” (proveniente del folleto de la conferencia: “El Propósito de la Reunión”, pág.4)

Es sorprendente que casi en la última década, las distintas posturas y comentarios oficiales sobre la muerte cerebral de las sociedades neurológicas y otras sociedades médicas no lograron expresar porqué la muerte cerebral debería ser considerada la muerte del individuo. Lo mismo se puede decir de muchos capítulos y libros nuevos escritos por neurólogos sobre la materia. Simplemente toman por sentado la equivalencia como un conocimiento colectivo y los debates se centran más bien en aquellos aspectos tales como: el criterio de diagnóstico para determinar que el cerebro está muerto, la polémica de qué porcentaje del cerebro debe estar destruido para que este, como un todo, sea considerado muerto, etc.

La Academia Americana de Neurología, por ejemplo, en su “Parámetros de práctica para determinar la muerte cerebral en adultos” (1995), lo que todavía constituye el criterio de diagnóstico de excelencia en los Estados Unidos, no manifiesta una sola razón de porqué considera la muerte del cerebro como la muerte. Ni el compañero conferencista Dr. Eelco Wijdicks, en su comentario adjunto sobre “Parámetros de práctica...” (Wijdicks, 1995) o en el capítulo de muerte cerebral en su libro sobre la atención decisiva en la neurología (Wijdicks, 2003, págs.547-562), ni incluso en su reciente libro de muerte cerebral, (Wijdicks, 2001), manifiesta porqué cree que la muerte cerebral sea la muerte. Más bien, se delegó la tarea de defender la postura al conferencista Dr. James Bernat, quien, de alguna manera, se ha convertido –no sin una buena razón- en el vocero no oficial del argumento de muerte cerebral para la corriente neurológica, que en su capítulo dedica un solo párrafo para responder lo que él llama: “los desafíos más serios que alejan del concepto de muerte cerebral”(a nombrar, por ejemplo, mis publicaciones de aquel tiempo) (Bernat, 2001, pág.180). El compañero conferencista, el Dr. Allan Ropper, tampoco declara porqué considera la muerte cerebral como la muerte, en los capítulos de muerte cerebral de su dos libros de textos muy leídos (Ropper and Brown, 2005, págs. 306-307, 961-962 Ropper *et al.*, 2004, págs. 157-64).; Siguiendo la misma línea, en el ensayo introductorio del folleto de la conferencia intitulado: “¿Por qué la muerte cerebral es aún válida para el concepto de muerte?”, el Dr. Ropper y sus colegas se ocupan de rebatir los argumentos más pobres en contra de la muerte cerebral mientras ignoran o desechan los argumentos más preciados sin que al final brinden una razón de porqué el concepto de muerte cerebral es aún-o siempre lo ha sido- válida como definición de muerte.

Aunque pueden ser importantes e interesantes los debates llevados a cabo en esta conferencia con respecto a la historia de la muerte cerebral, a los trastornos que no constituyen muerte cerebral, a las neuroimágenes, al examen de apnea, a la determinación de irreversibilidad, a la determinación del no funcionamiento o destrucción total del cerebro, a los cuestionamientos sobre qué constituye la función “crítica” del cerebro, etc., ello no ayudará a la iglesia a entender porqué la muerte cerebral, como así se lo diagnostica, indica la muerte biológica del individuo.

Me atrevo a decir que los médicos, en general, y los neurólogos en particular, han llegado a un consenso mayoritario de que la muerte cerebral es la muerte, no porque han evaluado la evidencia y han llegado a esta conclusión por sí mismos sino simplemente por una mentalidad profesional influenciada. Cuando se los interroga sobre esto, pocos pueden dar una explicación coherente de porqué la muerte cerebral es la muerte misma, en oposición a un coma profundo en un paciente moribundo.

En una encuesta reveladora realizada a médicos y enfermeras que trabajan en relación con el transplante y cuyo entendimiento de la muerte cerebral debería ser sólida, se demostró que el

¹ Los conceptos expresados con absoluta libertad en este artículo deben ser apreciados como representación de los conceptos del autor y no necesariamente los de la Academia Pontificia de las Ciencias. Aunque no se debatió públicamente, se añadió este artículo porque el profesor Shewmon lo envió antes del encuentro y los participantes lo leyeron en forma privada y debatieron.

58% de los entrevistados no utilizaba un concepto coherente de muerte cerebral, el 19% sostenía un concepto de muerte que, por lógica, clasificaría como muertos a pacientes en estado vegetativo persistente (Youngner *et al.*, 1989) Esto implica una seria desconexión mental de los profesionales, quienes deberían poseer una idea clara y coherente en la materia.

2. Cuatro pensamientos posibles para igualar la muerte cerebral con la muerte.

A lo largo de medio siglo de historia de muerte cerebral hasta el momento presente, se han clasificado en cuatro categorías básicas las diferentes razones propuestas que equiparan la muerte cerebral con la muerte del individuo:

(1) porque la muerte no es un estado físico objetivo, sino una definición legal relativista o una norma que se basa en lo que parece más útil a una sociedad en particular en un momento en particular. (Relativismo social)

(2) porque el cerebro es el órgano de la mente, que es la esencia de la persona, y como consecuencia el cese irreversible de la mente es la pérdida de la persona; es decir, la muerte del individuo (reduccionismo persona / mente).

(3) porque el cerebro es el órgano central de integración del cuerpo, por lo que sin la función del cerebro, el cuerpo deja de ser un organismo biológico unido y comienza el proceso irrevocable de desintegración que indica la pérdida de "la realidad corporal de la persona" (palabras de Juan Pablo II, 2000) (pensamiento de la integración somática).

(4) porque la pérdida permanente tanto de las funciones mentales como de la unidad del cuerpo, que acontece en la muerte cerebral, constituye "la desintegración completa del todo unitario e integrado, que es la persona misma"- nuevamente, de acuerdo a las palabras de Juan Pablo II, 2000- (razonamiento de integración psicosomática).

El quinto pensamiento no se menciona porque es sólo un razonamiento falso; a saber; una "falacia de una lesión fatal" (la muerte cerebral es la muerte porque conducirá a la muerte del individuo). Es de notar que algunos expertos brindan aún este razonamiento implícito para declarar la muerte cerebral (por ejemplo, el Dr. Wijdicks, 2001b, pág. 76): 'en los Estados Unidos la muerte primaria del tronco encefálico no encaja con el concepto de muerte total de cerebro, pero en el Reino Unido sí se la acepta porque cuando hay pérdida de la función del tronco encefálico, no hay, según los informes, ningún superviviente'.

No hay otras categorías explícitas de las razones propuestas de porqué la muerte del cerebro como órgano debería constituir la muerte de la persona individual. Permítanos ahora evaluar con un poco más de detalle estos cuatro pensamientos.

Relativismo social: fue el pensamiento, entre otros, del Dr. Henry Beecher, presidente del Comité de Harvard, como lo hizo saber en algunos de sus comentarios que prosiguieron al informe revolucionario del Comité de Harvard de 1968, que indicó el comienzo de la aceptación general de la muerte cerebral como la muerte (Beecher, *et al.*, 1968). "Lo que elegimos llamar muerte en cualquier estadio es una decisión arbitraria. ¿La muerte del corazón? El pelo aún crece. ¿La muerte del cerebro? El corazón puede todavía latir. Lo que se requiere es elegir un estado irreversible donde el cerebro no funciona más. Es mejor elegir un nivel donde, aunque el cerebro está muerto, la utilidad de los otros órganos está aún presente (pág. 120)... Aquí arbitrariamente aceptamos como muerte la destrucción de una parte del cuerpo, pero es la parte suprema: el cerebro (pág.121)... ¿Puede la sociedad permitirse desechar los tejidos y los órganos de un paciente inconciente sin esperanzas, que son tan necesarios para el estudio y los ensayos experimentales que ayudan a aquellos que pueden ser salvados? (pág.122)" (Beecher and Dorr, 1971) (el énfasis es mío). Es evidente que el relativismo social es incompatible con cualquier clase de metafísica sobre la vida y la muerte, y, como tal, es incompatible con los principios fundamentales de las religiones del mundo, incluido el catolicismo.

(2) Reduccionismo persona / mente: declara muerta la persona cuando ya no hay mente o conciencia de la persona, incluso en potencia (a saber: las condiciones que se exceptúan son los estados de sueño y de coma, donde hay posibilidad de despertarse; si se excluyen o no los embriones humanos, difiere de cada autor). Según este punto de vista, el coma verdaderamente irreversible como así también el estado vegetativo permanente (definido en términos de no tener conciencia de sí mismo y de lo que le circunda, según la Academia Americana de Neurología y algunas otras sociedades de profesionales- Shewmon 2004a; Shewmon, 2004b-) son, por lo tanto, la muerte de la persona, sin considerar la condición biológica de la vida/muerte del cuerpo de la (ex) persona (también aquí se prescinde de las polémicas sutiles que rodean a los términos "irreversibles" y " permanentes" -Cole ,192; Lizza,

2005; Lizza 2006, págs. 102-107; Tomlinson, 1993-.) A menudo la literatura se refiere a este pensamiento como la formulación de la muerte cerebral del cerebro superior que tuvo y sigue teniendo varios defensores. Dicha igualdad de persona y mente es claramente platónica/cartesiana y contraria a la noción aristotélica /tomista, que la iglesia defiende: que la persona humana es un híbrido corporal y mental, ya que el alma espiritual es al mismo tiempo el centro y la fuente de las facultades intelectuales y volitivas de la mente, como también es la forma sustancial (el principio de la vida) del cuerpo (Consejo de Viena 1312, 1957).

Este pensamiento psicológico fue enunciado de manera muy sorprendente por uno de los participantes del segundo grupo de trabajo sobre muerte cerebral de la Academia Pontificia de Ciencias: "El principio cartesiano 'pienso, luego existo' se aplica todavía a nuestros días. Por vida se entiende que el individuo tiene el derecho y la habilidad de pensar libremente. La muerte interviene cuando el cerebro ya no es capaz de pensar... la muerte puede sólo surgir de la pérdida de la habilidad de pensar" (Gerin 1992, págs. 91-92)

No es secreto que la visión global filosófica de la mayoría de los científicos de la actualidad es del monismo material: sólo existe la materia-energía y toda plática de alguna clase de alma espiritual no tiene ningún sentido, es el remanente de la credulidad no científica religiosa de las épocas anteriores. El hecho de que el cerebro es el órgano de la mente, según esta visión global, nos traslada necesariamente a la tesis de que la mente humana es totalmente el producto de la actividad física cerebral (aunque inexplicable puede parecer). De este modo la mayoría de los científicos de hoy y especialmente los neurocientíficos no son del pensamiento reduccionista persona/ mente, sino del pensamiento reduccionista de persona/mente/cerebro, por lo que el estado inconciente permanente por una lesión cerebral constituye la pérdida de la existencia de la persona. Quizás la declaración más compendiosa de tal reduccionismo se encuentra en el capítulo de muerte cerebral del influyente libro de texto *Diagnóstico del estupor y coma*, de los doctores: Fred Plum y del compañero conferencista Jerome Posner: "La conformidad de que la persona y el cerebro son uno elimina esencialmente el conflicto ético que, de lo contrario, suscita del respeto casi universal por la dignidad del ser humano individual.

Por el contrario, de acuerdo a la antropología filosófica que sostiene la iglesia, el hecho de que el adecuado funcionamiento mental dependa de la instrumentación del cerebro conduce más bien a que se lo interprete como un modo de inconciencia permanente, como es una grave discapacidad mental, una parálisis de las funciones psicológicas de la persona, pero no a la aniquilación de la persona hasta tanto el organismo permanezca biológicamente vivo y unificado, lo que constituye un signo de la presencia continua del alma humana en su otro aspecto de ser la forma sustancial del cuerpo. Los científicos de la neurología y los neurólogos católicos no quedan inmunes en asimilar las ideas reduccionistas materiales de su ámbito profesional a pesar de ser incompatibles con su fe.

La integración somática (3) y psicosomática (4). Estos dos pensamientos plantean si un cuerpo humano desarrollado (están exceptuados los embriones y los fetos) necesita funciones del cerebro somáticamente integradoras para seguir siendo un organismo biológico unificado, completamente separado del rol del cerebro en su funcionamiento mental. Durante la década de los años 70 y 80 los apologistas de la muerte cerebral – por ejemplo, La Comisión Presidencial de los EE.UU. (1981), el Comité suizo (1984) y los dos grupos de trabajo de la Academia Pontificia de Ciencias (Chagas, 1986, White et al., 1992)- hacían mención casi en forma universal a este supuesto rol de integración fisiológica del cerebro como un hecho médico establecido. A pesar de las pruebas en aumento de una nueva evidencia teórica y clínica contraria, más allá de los últimos diez años, muchos aún se adhieren a este rol de integración somática del cerebro como un porqué fundamental de que la muerte cerebral es, según lo que se cree, la muerte.(ya sea la *única* razón fundamental como es en el pensamiento de integración somática, o una de las dos razones fundamentales –*ambas necesarias*-como es en el pensamiento de integración psicosomática). Como el relativismo social y el reduccionismo persona/ mente/cerebro son incompatibles con la antropología católica, no es necesario aclarar que todo el apoyo a la muerte cerebral expresado por las instituciones católicas y los apologistas católicos yace en crítica a la supuesta "realidad" médica que sostiene que sin la función cerebral, el cuerpo humano ya no es un organismo unificado y en consecuencia está muerto(y la persona cuyo cuerpo le pertenecía está muerta) Fue precisamente el surgimiento de evidencias significativas contra esta supuesta realidad médica que determinó que revirtiera, al comienzo de la década del 90, mi posición anterior de la defensa de la muerte cerebral como la muerte-como se mostró en el segundo grupo de trabajo de 1989 de la Academia Pontificia de Ciencias (Shewmon, 1992)-. En más de los últimos diez años, una cantidad en alza de comentaristas, incluyendo partidarios como opositores a la muerte cerebral, rechazaron la tesis de la integración somática por tornarse

indefendible. La publicación de octubre de 2001 de la Revista de medicina y filosofía (Journal of Medicine and Philosophy) se dedicó por completo al tema de la muerte cerebral. En el prefacio, el editor de la revista reconoció estar convencido con mi artículo principal (Shewmon, 2001) que decía que “igualar la muerte cerebral con la pérdida de la función de integración somática es fisiológicamente inexacta e incoherente en teoría, mientras que es útil para propósitos clínicos, de política y de trasplante.” (Lustig, 2001, pág. 448). Además, los otros autores, que extendieron sobre un amplio espectro de opiniones éticas y filosóficas que giraba en torno de la muerte cerebral, reconocieron estar convencidos de que un cuerpo con muerte cerebral es, después de todo, un organismo vivo (Dagi and Kafman, 2001; Halevy, 2001; Potts, 2001; Youngner and Arnold, 2001). La mayoría de los defensores de la muerte del cerebro superior (Lizza, 2006, pág. 14; Spittler, 2003, págs. 91-92, Veach, 2005) y otros pensadores, opositores a la ortodoxia de la muerte cerebral (Pots *et al.*, 2000; Truog, 1997) aceptaron la misma conclusión.

En el Tercer Simposio Internacional de Coma y Muerte llevado a cabo del 20 al 25 de Febrero del año 2000 en La Habana en Cuba, pronuncié un discurso de apertura (Shewmon, 2004c), que, de acuerdo a la opinión del filósofo John Lizza, “socavaba la idea de que la integración orgánica necesita la función del cerebro” (Lizza, 2004, pág. 52). Durante la sesión de intercambio de preguntas y respuestas, el mismo doctor Fred Plum, especialista en muerte cerebral y coautor junto con el doctor Posner del importante libro de texto *Diagnóstico del estupor y coma* (Plum y Posner, 1983) se levantó y en síntesis dijo: **“Está bien, le acepto que el cuerpo con muerte cerebral es un organismo humano vivo,** pero ¿es una persona humana? A lo que prosiguió sugiriendo el reduccionismo de persona/mente/cerebro como la razón verdadera de por qué la muerte cerebral es la muerte, e insistió que la condición biológica vida/muerte del cuerpo es irrelevante en términos filosóficos y éticos.

No es por mera casualidad que distinguidos neurólogos y neurocirujanos soltaban “frases freudianas” con respecto a la condición de vida /muerte, que demostraban estar de acuerdo con los comentarios del doctor Plum en el simposio de Cuba.

El doctor Albrecht Harders, neurocirujano, dijo: “se realizaron hallazgos en los estudios de Doppler transcraneano en 15 pacientes que cumplían con el criterio de muerte cerebral... Todos los pacientes *murieron* dentro de las 24 horas o en el momento en que se desconectó la ventilación mecánica” (Harders, 1986, p.115) (el énfasis es mío).

El doctor Allan Ropper, neurólogo y primer autor del ensayo introductorio del folleto de la conferencia: **“el doctor Ropper agregó que se indica que los niños que están con muerte cerebral se los puede mantener vivos con medios artificiales por un período largo de tiempo,** pero esto no constituye una realidad con los adultos.” (Neurología de Hoy, Marzo, 2002, pág. 7) (el énfasis es mío). (Le podemos conceder al doctor Ropper el beneficio de la duda de que esto fue una cita equivocada por parte del que realizó el artículo de medicina; sin embargo llama la atención que esta haya sido la impresión que tuvo el periodista). De mayor interés son las palabras que el mismo doctor Ropper y sus colegas eligieron en el conocido libro de texto: *Principios de Neurología* para describir los casos de supervivencia larga de muerte cerebral: “Sin embargo, en casos excepcionales, la provisión adecuada del fluido, el vasopresor y el soporte respiratorio *permite la preservación* por períodos de mayor tiempo del *organismo somático de un estado comatoso.*” (Ropper y Brown, 2005, pág.962) (el énfasis es mío). Esto es precisamente mi tesis, que estos pacientes son, en verdad, organismos humanos comatosos.

El doctor Fred Plum, neurólogo, en un capítulo del libro publicado en 1999, del contenido 2.4 intitulado “Supervivencia Visceral Prolongada Después de la Muerte Cerebral”, cuya quinta columna contiene el título: *Manera de Morir* (Plum, 1999, pág. 38). Incluida a esta columna están los registros de paro cardíaco espontáneo o de desconexión del respirador, indicando que estos pacientes no estaban muertos debido a la muerte cerebral que había acaecido de 26 a 201 días antes, sino debido al paro respiratorio-circulatorio. Más adelante en el mismo capítulo, considerando una cantidad de 73 pacientes con muerte cerebral, Plum escribió: **“la mitad sufrió de asistolia al tercer día pero el cuerpo de dos *continuaron viviendo* hasta el 10° y 16° día.** (Plum, 1999, pág. 52) (el énfasis es mío).

El difunto doctor Ronald Cranford, por mucho tiempo presidente del comité de la Academia Americana de Neurología y destacado especialista en muerte cerebral, fue no solamente más directo en su adhesión al reduccionismo persona/mente/ cerebro, sino incluso en opinar que esto era la fuerza pujante conceptual máxima, aunque tácita, detrás de la amplia aceptación de la muerte cerebral en la década de los 70: “Parece que los pacientes inconcientes de manera permanente poseen ambas características de lo vivo y de lo muerto. “*Sería tentador*

llamarlos muertos y luego retrospectivamente aplicar los principios de la muerte, tal como lo hace la sociedad con la muerte cerebral" (Cranford v Smith, 1987, pág 243) (el énfasis es mío). **Estoy en deuda con el Dr. Cranford por atraerme la atención con ciertos casos de supervivencia prolongada de muerte cerebral y por su sincero comentario editorial a mi artículo de 1998 sobre "muerte cerebral crónica" (Shewmon, 1998) en el que estuvo de acuerdo con mi conclusión de que estos cuerpos son biológicamente organismos vivos**, sin embargo opinaba que esto era irrelevante desde el punto de vista de la ética porque ya estaban muertos como seres humanos (Cranford, 1998).

Mi impresión de las tantas conversaciones socráticas que tuve sobre este tema con mis colegas es que la mayoría de los neurólogos y médicos en general cuando se los indaga y presiona por un razonamiento coherente de porqué la muerte cerebral es la muerte, sin importar qué razonamiento pueden expresar al comienzo de la conversación, terminan por último diciendo algo como lo que dijo **el Dr. Plum en La Habana: "Está bien, le acepto que el cuerpo con muerte cerebral es un organismo humano vivo, pero ¿es una persona humana?"**. Sin embargo, "la pérdida del organismo como un todo" continua siendo el razonamiento tácito, casi oficial a favor de la muerte cerebral en la mayoría de los países como también es el razonamiento explícito en los círculos católicos.

3. La muerte cerebral como la "decapitación fisiológica"

En un esfuerzo por explicar porqué la muerte cerebral es la muerte, autores de todas las creencias a menudo llevan a cabo una analogía con la decapitación, según el razonamiento directo, en apariencia, del silogismo:

- (1) Una persona decapitada está muerta.
- (2) La muerte cerebral equivale fisiológicamente a la decapitación
- (3) Por lo tanto, una persona con muerte cerebral está muerta.

Debo introducir esta exposición con una disculpa por el carácter desagradable del tema en un momento cuando la decapitación no es una simple curiosidad histórica de la Revolución Francesa, sino una forma de terrorismo actual y bárbaro que se comete con rehenes inocentes, a veces, incluso de manera lenta y gradual para maximizar la agonía y el horror consiguiente. Por respeto a las víctimas y a sus seres queridos preferiría no tratar el tema aquí por escrito. No obstante, una nueva evaluación detallada de la ortodoxia de la muerte cerebral es, actualmente, conveniente y necesaria, y no se puede realizar sin tratar con profundidad la validez y el provecho explicativo de esta analogía tradicional e influyente. Por lo tanto, proseguiré, tratando de mantener la exposición de forma tan hipotética como sea posible, pero con el conocimiento respetuoso de que algunos de los aspectos de la analogía son demasiados reales, lamentablemente.

3.1. El uso de la analogía por los defensores de la muerte total del cerebro, del tronco encefálico y del cerebro superior.

Esta analogía debe conducir a algo importante y fundamental sobre la esencia de la muerte cerebral, ya que ha sido utilizada por los tres campos importantes contendientes de la muerte cerebral: "de la totalidad del cerebro" "el tronco encefálico" y el "cerebro superior".

Entre los defensores de la totalidad del cerebro escribió nada menos que la comisión del presidente de los EEUU : "la decapitación...se diferencia de aquellas situaciones como los trasplantes de corazón o de riñón, la diálisis, el pulmón de acero; sin embargo, con la hipótesis de un cuerpo decapitado tratado de una manera para evitar el derrame de sangre y para producir la respiración, la continuación en este caso de las funciones corporales no habría restituido los requisitos para la vida humana" (la Comisión del presidente, 1981, pág.36) En la crítica de la muerte del cerebro superior, la Comisión también hace referencia a la analogía : " Cuando se detienen los procesos del cerebro(ya sea debido a la decapitación o a la muerte cerebral), la identidad de la persona se extingue "(pág. 39). Dieciocho años más tarde, el director ejecutivo de la Comisión, Alexander Capron, todavía se refería a la decapitación fisiológica como quizás la manera más fácil de concebir la muerte cerebral (Capron, 1999, pág.125).El conferencista Dr. James Bernat, uno de los más destacados apologistas de la muerte total del cerebro, comenzó su capítulo de los aspectos éticos y fisiológicos del libro del Dr . Wijdiks con una referencia histórica que remonta el fundamento de la teoría moderna de la muerte cerebral a las observaciones de la decapitación: "La idea de que la ausencia irreversible de la función cerebral era equivalente a la muerte comenzó en el siglo XII con los escritos del famoso médico y filósofo judío Moses Maimonides. Maimonides notó que los hombres decapitados exhibían movimientos espasmódicos musculares por un

corto tiempo seguido de la decapitación. Afirmó que los hombres decapitados estaban muertos inmediatamente y que aquellos movimientos musculares no eran un signo de vida porque carecían de la dirección central que era el indicio del alma” (Bernat, 2001, pág.171; of. También Bernat, 2002, pág. 244). En el judaísmo, el rabino Dr. Moshe Tendler introdujo la analogía de la muerte cerebral con la decapitación fisiológica al citar para ello la sustentación del talmud (Tendler, 1978, pág. 395). La validez y las consecuencias de la analogía continúan siendo controversiales entre las autoridades judías, pero es evidente su importancia como un elemento heurístico (Rappaport y Rappaport, 2004, pág.135; Rosner, 1999, págs. 217-9).

En el Reino Unido, los defensores de la muerte del tronco encefálico se valen de la analogía de una manera similar. En el pasado, tan lejos como en el año 1975, la literatura médica británica hacía referencia a la decapitación con guillotina como un instrumento conceptual para comprender el nuevo criterio de muerte (Thurston, 1975). La monografía de Pallis y Harley de 1996 (Pallis y Harley, 1996), una de las defensas más enérgicas y completas de la “muerte del tronco encefálico”, llega a tal punto hasta incluir una foto real de una ejecución con guillotina (el lugar y la fecha no son identificados), que muestra un cuerpo sostenido sentado y sin cabeza con evidentes columnas de sangre esparciéndose increíblemente en borbotones por el aire (al menos está en blanco y negro). El epígrafe dice: “decapitación anatómica”. El corazón todavía late como se muestra por los chorros de sangre desde la carótida y las arterias vertebrales”. El texto relacionado dice: “Una clase de evento resume el hecho de que la muerte puede preceder el cese del latido del corazón: la decapitación. Una vez que la cabeza se separa del cuello, el corazón continúa latiendo como máximo una hora (remitiéndose aquí a un informe francés de 1870 sobre la ejecución con guillotina). ¿Aquella persona está viva o muerta? Si aquellos que sostienen que una persona puede estar realmente muerta solo cuando el corazón se detuvo y creen que la persona decapitada todavía vive simplemente porque partes del corazón aún laten, poseen un concepto de la vida tan diferente a la nuestra que dudamos que pudiésemos concordar. El ejemplo expuesto es uno de la decapitación fisiológica. La muerte cerebral constituye la decapitación fisiológica y en general acontece cuando la presión intracraneal ha excedido en forma continua la presión arterial. No obstante, son similares las implicaciones de los dos modelos de decapitación: que la muerte del cerebro es la condición necesaria y suficiente para la muerte de la persona individual”. (Pallis y Harley, 1996, pág. 4)

Los defensores de la muerte del cerebro superior se sirven, de manera similar, de un buen empleo heurístico de la analogía y de todo tipo de variaciones hipotéticas acerca de ello, como ser: la extracción quirúrgica del cerebro, el transplante de cabeza o cerebro, el transplante parcial del cerebro, cerebros separados de murciélagos vivos, el reemplazo de partes del cerebro por futuros chips de computadoras, etc. Para mi propia anterior defensa de la muerte cerebral me basé en su mayoría sobre un experimento mental que consistía en la decapitación quirúrgica y el sostenimiento técnico de la cabeza separada y del cuerpo acéfalo. (Shewmon, 1985; Shewmon, 1988). Filósofos (Green y Wikler, 1980, págs. 123-125; Lizza, 2006, págs. 28, 107; Machado *et al.*, 1995, págs. 3-4; Wikler, 1988), eticistas (Youngner y Bartlett, 1983, pág. 265) y neurólogos (Machado, 1994, pág. 241; Machado, 1995, págs. 63-64; Machado, 2000, págs. 206-8; Spitter, 2003, pág. 110) han empleado modelos similares de experimentos mentales para fundamentar la noción, por parte de filósofos, de la muerte del cerebro superior basada en la conciencia

Se han realizado decapitaciones experimentales reales de animales con ventilación mecánica y prevención de desangrado para probar que tales experimentos mentales en humanos son, en principio, fisiológicamente posible. En la monografía que se menciona anteriormente de Pallis y Harley, en la página contigua a la foto de la ejecución de la decapitación, hay una foto de un pollo parado degollado con su cabeza yaciendo en el piso al lado de sus pies. El texto dice: “Cerca de 25 años atrás, la imagen de un pollo decapitado sin éxito aparecía en una revista importante. El procencéfalo había sido amputado y yacía en el suelo. La corteza espinal todavía estaba en su sitio. Se fotografió al animal, aún respirando, algún tiempo posterior a la decapitación. ¿Estaba vivo o muerto? En nuestra opinión, debemos considerar vivo al animal mientras su tronco encefálico este funcionando.” (Pallis y Harley, 1996, pág. 5). Se mantuvo tecnológicamente a una oveja embarazada durante 30 minutos posterior a la decapitación, cuando dio nacimiento por medio de cesarea a un cordero sano. (Steinberg y Hersch, 1995). El neurocirujano Robert White, consejero del 1º y 2º grupo de trabajo sobre muerte cerebral para la Academia Pontificia de Ciencias y coeditor de los procedimientos del 2º grupo de investigación, realizó transplantes experimentales de cabeza y cerebro en monos para demostrar la viabilidad teórica de estos experimentos mentales en humanos y valerse de estas pruebas en sus argumentos para justificar la muerte cerebral como la muerte. (White, 1968; White, 1986; White, *et al.*, 1965; White, *et al.*, 1963; White, *et al.*, 1964; White, *et*

al., 1971). Bernat Gert, coautor con Bernat de dos artículos conceptuales importantes de muerte cerebral (Bernat, *et al.*, 1981; Bernat, *et al.*, 1982), se refirió a estos experimentos de White en su última defensa propia de la muerte cerebral. (Gert, 1995, págs. 25-26).

Lo que quiero demostrar en lo que queda de este informe es que cuando la analogía de la decapitación fisiológica se la analiza minuciosamente hasta sus partes esenciales, prueba irónicamente lo contrario para lo que ha sido usada por los defensores de la muerte del “cerebro en su totalidad” y del “tronco encefálico”. A saber, mostraré que el cuerpo con muerte cerebral “decapitado fisiológicamente” es un organismo vivo en su totalidad tanto como el cuerpo con un corte transversal en la parte superior de la médula espinal, con la diferencia que el primero está en coma y el segundo está conciente- pero en lo que respecta a la equivalencia fisiológica es lo mismo-. Si la atención de la analogía recae en el cuerpo sin cabeza y su fisiología, entonces la analogía se vuelve completamente en contra de los que bregan por la muerte del cerebro en su totalidad y en el tronco encefálico. Si, por otra parte, la atención recae en la cabeza degollada, en la conciencia, y en la identidad de la persona, entonces la analogía tiene un valor heurístico poderoso para los que bregan por la muerte del cerebro superior. Argumentaré, sin embargo, que son altamente especulativas las conclusiones a las que se puede llegar con los experimentos mentales, los cuales consisten en la separación entre el cuerpo y el cerebro y dependen en gran medida del básico concepto universal filosófico de la persona y, en el análisis final, resulta irrelevante para comprender la muerte cerebral clínica en la que tal separación no acontece. Michael Reuter, en su reciente monografía de muerte cerebral, llega a una conclusión similar con respecto a la carente utilidad heurística de la analogía de la decapitación (Reuter, 2001, págs. 54-5). Estos experimentos mentales no sólo no pueden considerarse como pruebas de que la muerte cerebral es la muerte dentro del sistema de la antropología filosófica católica sino- que puedo agregar algo más importante - que el aspecto de la fisiología somática en la analogía demuestra, con sorpresa, que la muerte cerebral no puede ser la muerte dentro del sistema filosófico católico.

3.2. La atención en el cuerpo: ¿es aún un organismo como un todo?

Empecemos por analizar el cuerpo degollado luego de ser decapitado, ya que, después de todo, esta es la instancia donde interviene la “fisiología” en la “decapitación fisiológica”.

3.2.1. La irrelevancia del desangramiento y las consideraciones estéticas.

Primero quiero rápidamente descartar la importancia de los informes sobre las ejecuciones de decapitaciones reales (como las que se mencionan en la historia según Bernat y llevada al sensacionalismo por Pallis y Harley) Todos en apariencia toman por sentado que la persona muere inmediatamente en el momento de la ejecución en la guillotina o por el azote rauda de una espada (la premisa principal del silogismo que aparece mencionado anteriormente en el inicio de la sección 3). Denoto que esta presunción es esencialmente la respuesta corporal irreflexiva al efecto del impacto emocional: los puntos extremos de la mutilación (ninguna de las partes parecen un ser humano en su totalidad) más el desangramiento profuso y rápido de ambas partes. La muerte real sin duda acontece desde algunos segundos hasta minutos después del momento crítico del desangrado y anoxia en cualquiera de las dos partes separadas (o ambas) de la persona. Uno casi no necesita de la guillotina para saber que el corazón tiene su propio marcador intrínseco y puede latir perfectamente bien sin ninguna influencia del cerebro (aunque con un ritmo sin modulación -García *et al.*, 1995-)

Los corazones extraídos para transplantes continúan latiendo por algún tiempo en forma espontánea totalmente fuera del cuerpo. Como puede verse, nadie puede alegar seriamente que el cuerpo profusamente desangrado y sin respirador que se muestra en la foto de Pallis y Harley de la ejecución iguala fisiológicamente al cuerpo destruido cerebralmente, de un volumen sanguíneo normal, sin sangrado y con gases sanguíneos normales sostenidos por la ventilación mecánica.

En vista de que ni la singular mutilación ni el desangrado describen a la muerte cerebral clínica, debe haber algo más sobre la decapitación que ofrezca una supuesta igualdad fisiológica con la muerte cerebral. Además, ese “algo más” debe ser también una razón de porqué la decapitación es la muerte; de lo contrario, la pretendida igualdad fisiológica demostraría más bien que la muerte cerebral no es la muerte antes que sí lo fuera. Se puede construir un caso más creíble de igualdad fisiológica si la analogía de la decapitación es la del estilo de la Comisión del Presidente, que muestra los pormenores hipotéticos de la suturación

inmediata de los vasos rotos del cuello y la cauterización de los tejidos para evitar el sangrado, más la ventilación mecánica a través de un tubo endotraqueal ubicado en la traquea. La premisa fundamental en el silogismo de la decapitación es que tal cuerpo sin cabeza está muerto. Pero esto no puede ser aceptado tan fácilmente sin cuestionamiento. Un motivo posible para decir que está muerto es al observar la desconexión entre el cuerpo y la mente/cerebro: evaluar la cabeza degollada y sostener que la persona está en la cabeza porque esta posee el cerebro; por lo tanto, lo que queda del “cuerpo” real de la persona luego de la decapitación es en verdad la cabeza mientras que el resto (lo que fuera este) ya no es más el cuerpo de la persona. Pero observe que esto no es una discusión de que el cuerpo sin cabeza este biológicamente muerto (no “un organismo como un todo”) sino más bien que no es el cuerpo original de la persona. El interrogante inmediato al presente es si el cuerpo sin cabeza es un “organismo como un todo” que está mutilado o es un no-organismo con la condición metafísica de ser un miembro roto. Si se lo considera un organismo, la pregunta de quién es el cuerpo, si es de alguien, es un tema completamente particular que se tratará luego en la sección 3.3.

Por lo tanto, el interrogante inminente al presente es: ¿el cuerpo acéfalo con ventilación y sin desangrado es “un organismo como un todo” que está mutilado y gravemente enfermo, o es una simple colección desintegrada de organismos vivos y tejidos? Para responder a esta pregunta debemos analizar las propiedades biológicas de tal cuerpo. Esto resulta difícil por el hecho de que afortunadamente en ninguna ocasión se ha llevado a la práctica ni se llevará, eso espero, tal disposición del cuerpo humano. Se me ocurren dos enfoques para investigar las propiedades fisiológicas de tal cuerpo humano conservado acéfalo hipotéticamente: (1) su igualdad fisiológica con un cuerpo con muerte cerebral, y (2) determinar el componente anatómico esencial de dicha decapitación (cara a cara con la teoría de la muerte cerebral) y examinar las propiedades fisiológicas de los casos de la decapitación parcial “crítica” (“esencial”).

3.2.2. La fisiología somática en la muerte cerebral

El primer enfoque suena extrañamente circular: para comprender si un cuerpo con muerte cerebral es “un organismo como un todo”, investigamos un cuerpo degollado ventilado y sin desangrado, lo cual es fisiológicamente igual. Pero como no hay para investigar, entonces, para comprender si aquel hipotético cuerpo conservado es “un organismo como un todo”, analizamos los cuerpos con muerte cerebral, los cuales son fisiológicamente iguales. De lo último hay mucho por investigar y es extensa la cantidad de información fisiológica acumulada a través de los años. La interpretación de aquella información ha llevado a conclusiones incompatibles con respecto a si dicho cuerpo es un organismo enfermo o es un no organismo (y en consecuencia, de acuerdo a nuestros propósitos, si el hipotético cuerpo que es conservado acéfalo es un organismo muy enfermo o un no organismo)

3.2.2.1. Inestabilidades agudas

Aquellos que infieren desde el punto de vista de la fisiología somática de la muerte cerebral que dicho cuerpo es una simple colección de tejidos y órganos, y no “un organismo como un todo” señalan varios aspectos: la disfunción multisistémica y la correspondiente dificultad en mantener a esos cuerpos en la Unidad de Cuidados Intensivos por prolongados períodos de tiempo (por ejemplo, el mantenimiento durante semanas a mujeres embarazadas con muerte cerebral para la viabilidad del feto es siempre un proeza tecnológica), la extrema inestabilidad cardiovascular y la supuesta inmediatez de un colapso cardiovascular a pesar de todos los medios tecnológicos para evitarlo. Tal razonamiento es erróneo. Si los cuerpos con muerte cerebral son en realidad colecciones desintegradas de órganos, entonces, seguramente aparecerán aquellas propiedades fisiológicas. Pero el hecho de que aquellas propiedades fisiológicas aparecen en cuerpos con muerte cerebral no demuestra que por consiguiente sean colecciones desintegradas de órganos. “Si A, entonces B” no es igual a “B, por lo tanto A”. En verdad, hay otras explicaciones para las múltiples inestabilidades fisiológicas de la muerte cerebral aguda que no tienen nada que ver con la explicación generalmente aceptada del que el cerebro es el órgano central integrador del cuerpo, sin el cual el cuerpo se desintegra literalmente. En muchos casos de muerte cerebral, la etiología que lesionó al cerebro daña directamente otros órganos vitales del cuerpo. (Por ejemplo, la isquemia hipoxia severa, el trauma masivo). En mi meta análisis de 56 casos de muerte cerebral con una supervivencia de al menos una semana, uno de los dos factores que incidieron significativamente en las

estadísticas del potencial de supervivencia fue en realidad la etiología (el daño multisistémico tiene un potencial de supervivencia, en promedio, menor que la patología primaria de cerebro) (Shewmon 1998). Incluso en los casos de la patología primaria de cerebro, el real proceso de hernia cerebral, anterior a la verdadera muerte cerebral, puede causar un “sympathetic storm” que implica micro infartos endocárdicos y edema pulmonar neurógeno (Wijdicks y Atkinson, 2001, págs. 32-8)

Por lo tanto, podría haber varias razones de porqué estos pacientes son a menudo tan inestables en la fase aguda, que no tienen nada que ver con la pérdida de la función integradora del cerebro. Además, hay muchas clases de lesiones cerebrales severas, dejando de lado la muerte cerebral, y lesiones no cerebrales (daño en la parte superior de la médula espinal, el síndrome severo de Guillain-Barré, el shock séptico, etc.) que conllevan a una inestabilidad cardiovascular de grados similares y a la disfunción sistémica, pero nadie infiere, del requerimiento de un nivel similar de alta tecnología en la unidad de cuidados intensivos, de que estos pacientes estén ya muertos. Esta inestabilidad somática aguda ya no demuestra más por sí misma que los pacientes con muerte cerebral ya están muertos.

Otra razón de la inestabilidad sistémica en muchos casos de la muerte cerebral aguda es el shock espinal. En lo que concierne a la médula espinal, la infartación del tronco encefálico debajo, al nivel del agujero magno, presenta el mismo efecto que el corte transversal de la médula espinal al nivel del agujero magno. (Jorgensen, 1973; Jorgensen, 1995; Shewmon, 1999b, Shewmon, 2004c). El shock espinal dura de días a meses y causa no solamente hipotonía y pérdida de los reflejos de los tendones sino también, y lo que es más importante, arreflexia autónoma la cual exacerba las inestabilidades ya presentes debido al daño intrínseco o secundario multisistémico.

3.2.2.2. Algunos pacientes con muerte cerebral están muertos, pero no solamente porque sus cerebros están muertos.

Estoy muy seguro de que algunos pacientes con muerte cerebral ya están en verdad muertos en razón a lo asociado por el muy severo daño multisistémico, y la ventilación mecánica simplemente disfraza este hecho. Esta teoría de la muerte cerebral para “disfrazar”- que hay sólo una clase de muerte y la única diferencia entre el criterio tradicional cardiopulmonar y el nuevo criterio neurológico es que en el último el estado de la muerte se oculta con la ventilación artificial- es uno de los primeros razonamientos planteados en el transcurso de la historia de la muerte cerebral. En sus comienzos esta teoría se popularizó con el abogado eticista Alexander Caprón (Caprón, 1987; Caprón, 1999, pág. 125; Caprón y Kass, 1972) y se estimuló su aplicación para todos los casos de muerte cerebral por la Comisión presidencial (del cual el señor Capron era su director ejecutivo). El Papa Juan Pablo II hace mención indirectamente a esta teoría de muerte cerebral en su discurso a la Sociedad de Transplante, cuando describió como signos alternativos de un mismo estado fisiológico a los signos tradicionales cardio-respiratorios y al llamado “criterio neurológico” (Juan Pablo II, 2000). Sospecho que tal disfraz de muerte con el respirador es en realidad el caso de muchos pacientes con muerte cerebral, quienes experimentan una rápida descompensación cardiovascular y un paro cardíaco del cual no se los puede reanimar por ningún medio. Si estos pacientes (o algún subgrupo de ellos) están muertos no es porque sus cerebros están muertos, sino porque sufrieron un muy severo daño en múltiples órganos, incluido el cerebro. El problema de diagnóstico en estos casos es que uno no puede saber que pertenecen a esta categoría hasta que realmente atraviesan por un colapso cardiovascular, del que no se los puede reanimar.

3.2.2.3. Estabilidad crónica

Contrario al dictamen repetido indefinidamente a los comienzos de la literatura de la muerte cerebral, lo que incluso Pallis y Harley reiteraron en tan poco tiempo atrás como fue en el año 1996 (Pallis y Harley, 1996, “Prefacio a la segunda edición”), no todos los pacientes con muerte cerebral atraviesan un inminente colapso cardiovascular irreversible. La proporción de pacientes que en un principio podrían sobrevivir a un periodo mayor a unos días en la unidad de cuidados intensivos nunca se sabrá porque la inmensa mayoría se convierten en donantes de órganos o poseen un soporte vital extraordinario y desproporcionado que se interrumpe por razones éticas. Se sabe que con una motivación terapéutica (por ejemplo, el hacer viable el feto en la mujer embarazada con muerte cerebral o por razones culturales, especialmente en Japón, por ejemplo, donde se ha informado de los casos de larga supervivencia; o para

respetar la sensibilidad y creencias de los familiares) algunos de los pacientes con muerte cerebral han sido mantenidos un largo tiempo, suficiente como para que se solucionara muchas de las inestabilidades agudas: la presión sanguínea se estabiliza y el apoyo farmacológico cardiovascular ya no se necesita, desaparece el íleo intestinal y la alimentación puede continuar a través de la nutrición enteral por sonda, la diabetes insípida, si está presente inicialmente, puede que desaparezca espontáneamente.

Con respecto al año 1998, recopilé unos 175 casos de muerte cerebral con una supervivencia de al menos una semana, y que no fueron solamente 56 casos, como a menudo se indica sobre mi artículo (Widjicks y Atkinson, 2001, pág. 39) por aquellos que no deben haber leído los índices adjuntos 1 y 2, los cuales detallan todos los casos y las referencias (Shewmon 1998). (Estas eran muy voluminosas para incluirlas en el artículo publicado, aunque estaban disponibles para cualquiera que estuviera interesado).

Los 56 casos son un subgrupo de los 175 con una información individual suficientemente disponible para incluir en un meta análisis, lo cual identificó dos factores que predispone estadísticamente a un potencial de supervivencia más prolongada: la patología cerebral primaria (que se contrapone al daño multisistémico) y la edad joven. Los otros 119 casos eran más bien de artículos publicados con información anexada y no de información individual; muchos eran de Japón. Esta investigación desafiante fue tanto elogiada como criticada. La mayoría de los que se oponían expresaron su duda con respecto a la confiabilidad del diagnóstico de todos estos casos de muerte cerebral y si el test de apnea se había realizado adecuadamente, etc. (Bernat, 2001, pág. 180; Bernat, 2002, pág. 257; Bernat, 2004, pág. 161; Widjicks and Bernat, 1999). Todo lo que puedo decir es repetir lo que escribí en el mismo artículo, que es lo que también mencioné en mi contestación a la carta al editor: “ si los pacientes estuvieron muertos cerebralmente de una manera como para ser aptos a ser donantes de órganos, ciertamente estuvieron muertos cerebralmente como para corresponder a esta investigación (Shewmon, 1998, Shewmon 1999). Incluso si para dar el crédito a la discusión, algunos de los casos estuvieron mal diagnosticados, seguramente la mayoría no lo tuvo e incluso no lo tuvieron, con más seguridad aún, los casos de mayor supervivencia.

No repetiré aquí el caso de la historia del mayor superviviente: “TK”, quien al momento de mi meta análisis había pasado 14 años con muerte cerebral y estaba con respirador en su casa. Presenté el video de mi examen neurológico completo de “TK” en el grupo especial sobre muerte cerebral de la Academia Pontificia para la Vida (1997-1999a) como también en el Tercer Simposio Internacional en la Habana de Coma y Muerte (Shewmon, 2000). Todos los que vieron el video concordaron que el paciente reunía todos los elementos de criterio de muerte cerebral, sin recurrir al examen formal de apnea, que, por razones éticas, no se podía realizar porque no hubiera habido ningún beneficio que contrarreste los riesgos. (Nunca se lo había visto respirar espontáneamente sin el respirador más de un minuto durante los cambios de traqueotomía o de succión). Se obtuvo, sin embargo, la confirmación de la destrucción total del cerebro (incluido todo el tronco cerebral) con un escaneo IRM (imagen de resonancia magnética), que no mostró un cerebro identificable o una estructura del tronco cerebral, lo que convirtió al examen de apnea en un tema para discutir. Al final, TK expiró luego de 20 años en estado de muerte cerebral. Se realizó una autopsia únicamente del cerebro, con hallazgos de singular importancia que confirmaron, aún más de forma concluyente, la destrucción total del cerebro y del tronco encefálico. (Repertinger et al, 2006)

Estoy contento de que se llevaron a cabo la autopsia y la publicación por parte de médicos que no tienen ninguna relación conmigo y sin ningún previo interés personal en la muerte cerebral. Se muestra evidente, por la selección de palabras utilizadas, cuál era la condición de vida/muerte de TK que los cuatro coautores consideraban: “Murió a la edad de 24 años por complicaciones de influenza H, tipo meningitis B adquirida a los cuatro años (pág.591). Durante el resto de su vida dependió del respirador... Requirió de un cuidado permanente la mayor parte de su vida... En sus últimos dos meses de vida... Atravesó un paro cardíaco en enero de 2004. Posterior a su muerte se efectuó una autopsia únicamente del cerebro (pág.592). Nuestros hallazgos patológicos de la autopsia confirmaron que su cerebro había estado destrozado por los sucesos asociados con el episodio de influenza H, meningitis tipo b, mientras su cuerpo permaneció vivo (muerte cerebral con un cuerpo vivo) por dos décadas más, una duración de supervivencia de muerte cerebral que excede lejos a cualquier otro informe” (pág. 594). No tengo duda que cualquier otro que pudiera haber visto a TK antes de su paro cardíaco hubiera usado términos similares para describir su cuerpo:

claramente un organismo humano vivo, profundamente comatoso con fuertes reflejos espinales (tanto neuromusculares como autónomos)- de ninguna manera una colección desintegrada de órganos y tejidos, o un cadáver cuya muerte fue disimulada durante 20 años por el respirador mecánico.

Sólo se necesita una propiedad para probar que es un “todo” a nivel del “organismo como un todo”. Pero los cuerpos de TK y otros supervivientes por largo tiempo de muerte cerebral mostraron muchas propiedades holísticas, como ser, por ejemplo: homeóstasis compleja de cientos, si no de miles de químicos y enzimas interactuando, asimilación de nutrientes y eliminación de los desechos, crecimiento proporcional, mantenimiento de la temperatura corporal (no obstante, era subnormal con la ayuda de paños), cicatrización de heridas, recuperación de afecciones, habilidad para recuperarse de enfermedades tan serias que requiere ser hospitalizado y externado nuevamente, respuestas sistémicas de estrés al estímulo nocivo, equilibrio de retroalimentación de las diferentes funciones endocrinas, etc. (Shewmon, 2001). En mi artículo, un muchacho de 13 años, a quien personalmente evalúe, en un servicio experto de cuidados, inició su pubertad mientras estaba con muerte cerebral (Shewmon, 1998, contenido 1, “BES”).

Estos casos crónicos, aunque extraños, brindan varias enseñanzas acerca de la naturaleza de la muerte cerebral. (1) Las inestabilidades sistémicas asociadas con la muerte cerebral aguda se deben a una combinación de factores, distintos a la sola falta de control cerebral sobre el cuerpo: daño primario multisistémico (de acuerdo a la etiología), daño secundario del pulmón y del corazón por el proceso de herniación del cerebro y el shock espinal. Por lo tanto, no se pueden nombrar a estas inestabilidades, a menudo pasajeras, como evidencia del que la unidad integradora del cuerpo depende de la función por sí misma del cerebro. (2) Si bien algunos pacientes con muerte cerebral pueden en realidad estar muertos por el daño muy severo multisistémico, algunos son claramente organismos vivos, aunque severamente incapacitados y dependientes del respirador mecánico, de la sonda gástrica y del cuidado asistencial. (Nuevamente, el interrogante de quién es este organismo, si es de alguien, es un tema aparte, de naturaleza filosófica primordialmente, más bien que biológica, que será tratado en la sección siguiente 3.3). (3) La muerte cerebral crónica sin duda sería más común si no fuera por el hecho de que en la mayoría de los casos de muerte cerebral se ablacionan los órganos o se culmina con un cuidado extraordinario y desproporcionado a las horas del diagnóstico.

3.2.2.4. El cuerpo no tiene un órgano primario integrador

¿Por qué tantas personas creen que si hay integración somática, tiene que haber un solo órgano primario responsable de ello? Las plantas y los embriones no tienen un órgano central integrador, más bien la integración es claramente un fenómeno emergente no localizado que comprende una interacción mutua entre todas las partes.

Se debe efectuar dos clases de distinciones: por un lado la distinción entre un organismo saludable, funcionando de forma óptima y un organismo enfermo y/ o incapacitado; por el otro lado la distinción entre un organismo muy enfermo, funcionando de manera marginal y uno muerto (un no-organismo). Con respecto a la primera distinción para los organismos humanos, el cerebro es claramente el órgano primario: es el órgano que le da una superioridad sobre todas las demás criaturas terrenales, el órgano más involucrado íntimamente con la mente humana, la personalidad y el espíritu (of. Aquinas: *Quaestiones Disputatae de Anima*, a.8 co; *Quaestiones Disputatae de Spiritualibus Creaturis*, a. 2 ad 7) Muchos consideran al cerebro humano como la estructura más maravillosa de todo el universo físico, y es la razón de porqué, como yo, la mayoría de los neurólogos eligen la neurología como carrera profesional.

Pero la distinción entre “saludable versus enfermo” (o “funcionando en forma óptima versus incapacitado”) tiene poca relación, si la tiene, desde la fisiología y la filosofía, con la distinción “vivo de manera marginal versus muerto”. Por lo tanto la primacía del cerebro con respecto a la salud humana y a la vida mental de ninguna manera sugiere que el cerebro sea, también, y necesariamente, el órgano primario para la vida versus la muerte del organismo humano, o incluso de que haya un “órgano primario” para la vida versus la muerte.

3.2.3 El componente esencial de la “decapitación fisiológica”

Ya hemos determinado que el desangramiento no es un componente de la “decapitación fisiológica”. ¿Qué aspectos de la decapitación, entonces, es el esencial que se supone lo lleva

a la muerte? Veremos que las respuestas no son las mismas, por lo que es un problema importante para la analogía.

Se puede obtener un discernimiento de la primera pregunta (¿Qué componente esencial de la decapitación lo lleva a la muerte?) al considerar los dos extremos de la decapitación parcial. Si la cuchilla de la guillotina se frena luego de penetrar sólo 1 mm en la epidermis de la parte de atrás del cuello, es obvio que la víctima designada todavía está viva. Si, por otra parte, la cuchilla atraviesa casi todo el cuello y se frena a 1 mm de la superficie de la parte de adelante del cuello, dejando la cabeza unida al resto del cuerpo sólo por una pequeña mecha de piel, es obvio que por propósitos heurísticos de la analogía, esto sería una muerte como lo es una decapitación completa 100 %. (Si, en realidad, es una muerte). Ahora tenemos un dilema conceptual porque en general se consideran la vida y la muerte por ser categorías exclusivas mutuamente, en tanto que los grados de la decapitación parcial son a lo largo de un continuo desde una medida infinitesimal hasta 100% sin infinitésimos y los modelos anatómicos de cada grado son infinitos. ¿Dónde, a lo largo de ese continuo, la vida pasa a la muerte (tomando la utilidad de la analogía como una explicación de la muerte cerebral) y qué explicación válida se puede brindar a esta pregunta?

3.2.3.1. Los componentes posibles:

Una consideración que puede ayudar es que la anatomía del corte transversal del cuello no es homogénea, entonces, la cuestión relevante no puede ser en términos de la distancia atravesada por la cuchilla, sino más bien qué estructuras anatómicas son separadas o no. Sería más significativo y heurísticamente fructífero olvidar sobre la decapitación instantánea de una cuchilla grande de guillotina e imaginar, en su lugar, una decapitación lenta con cortes seriales precisos de un escalpelo quirúrgico. El interrogante puede ser reformulado: si hay una estructura crítica o conjunto de estructuras, ¿en cuál de los cortes está la esencia, por así decirlo, de la decapitación, y hasta dónde esto es suficiente para causar la muerte de la decapitación mientras que el corte de algunas o de todas las estructuras que “no son críticas” no causa la muerte?. Consideremos los siguientes candidatos más probables como “estructuras críticas”: (1) los tejidos del cuello que no son nerviosos ni vasculares (la piel, la grasa, la fascia, los músculos, cartílagos, ligamentos, huesos), (2) los principales vasos sanguíneos que pasan a través del cuello, (3) los elementos neurales (médula espinal, los vasos vagos y frénicos), (4) todo lo mencionado junto (es decir la total separación del cuerpo con la cabeza). Ahora lo analizamos uno por uno.

(1) Los tejidos que no son vasculares ni nerviosos claramente no son críticos: un corte selectivo de estos con la conservación de los vasos sanguíneos, la médula espinal, los nervios frénico y vago causaría una inestabilidad mecánica severa, una fractura severa de la vértebra cervical con una herida extrema en el tejido blando. Este paciente estaría perfectamente conciente, capaz de respirar y mover todas sus extremidades normalmente. Si este paciente fuera traído a la sala de emergencia en tal condición, un neurocirujano le pondría un dispositivo para inmovilizarlo y estabilizar la cabeza que le permitiera curar la fractura cervical en las semanas siguientes (los cortados tejidos blandos juxtapuestos gradualmente también se conectarían nuevamente al cicatrizarse, sin duda con la ayuda de la sutura quirúrgica). Claramente este paciente no está muerto debido a las estructuras cortadas y esta forma de decapitación no es la muerte.

(2) El corte en el cuello de los principales vasos sanguíneos no es la muerte pero ciertamente causaría la muerte muy rápidamente por el desangrado, comenzando con la pérdida de conciencia a los pocos segundos de la repentina falta total de irrigación sanguínea al cerebro, seguido de un daño progresivo, al principio reversible y pronto irreversible para todos los órganos y tejidos del cuerpo debido a un shock hipovolémico y el desangrado completo. No todos los órganos sucumben de forma inmediata sino en una secuencia bien conocida que depende de la vulnerabilidad selectiva a la isquemia, comenzando con el cerebro, luego los riñones, el hígado y el corazón, prosiguiendo con los tejidos blandos y muy posteriormente la piel y los huesos. Cuando a lo largo de esta secuencia de daño isquémico se produce en verdad la muerte, no está completamente dilucidada pero es ciertamente, al menos, en algunos minutos posteriores al corte de los vasos. Como se señaló anteriormente, esta muerte de desangrado no posee similitud con la muerte cerebral, y de hecho la versión más “fisiológica” de la analogía de la decapitación “fisiológica” tiene los vasos juntados con sutura tan pronto luego de ser cortados, para evitar la pérdida de sangre. Una analogía con la muerte cerebral centrada en los vasos sanguíneos sería más bien la ligadura simultánea (antes que el corte) de los principales vasos sanguíneos del cerebro, que conduce a la infartación total del cerebro. Pero dicha ligadura no es la analogía fisiológica de la muerte cerebral, en realidad

sería, después de unos minutos, una causa determinada de la muerte cerebral. Los vasos sanguíneos no son el núcleo esencial de la analogía de la decapitación “fisiológica”.

(3) El corte selectivo de los elementos neurales causa apnea y cuadriplegia. A tal paciente traído a la sala de emergencia se le pondría el respirador mecánico e ingresaría a la unidad de cuidados intensivos para estabilizar la presión sanguínea y controlar una cantidad de complicaciones sistémicas del daño agudo de la médula espinal. Luego de algunos días o algunas semanas al paciente se lo traslada a una unidad de rehabilitación. Obviamente esta forma de decapitación no es la muerte.

(4) La separación física completa en dos partes (haciendo abstracción del tema del desangramiento) parece ser la única posibilidad que queda. En otras palabras, no hay un núcleo esencial en la decapitación parcial que constituya por sí mismo la muerte. Si tanto la cabeza como el cuerpo acéfalo se mantienen vivos tecnológicamente al unir el respirador al cuerpo y al mantener la cabeza irrigada con sangre oxigenada con un aparato de bypass cardiopulmonar que se conecta a los vasos sanguíneos, entonces en forma legítima podemos preguntar si incluso la separación física completa es por sí misma la muerte o más bien una condición que conduciría rápidamente a la muerte si no se hubiera realizado una intervención médica heroica. En cuanto si la persona está en la parte de la cabeza o en la parte del cuerpo o en ambas o en ninguna, es un tema filosófico a tratarse posteriormente; ahora nos concentramos en la biología de la parte del cuerpo.

Con sorpresa, cuando buscamos el núcleo esencial anatómico de la decapitación que conduce a la muerte, encontramos que no sólo es evasivo sino que incluso la decapitación completa (como elemento contrario a un daño que normalmente conduciría rápidamente a la muerte) no puede, después de todo, ser en sí misma la muerte.

3.2.3.2. La desconexión entre el cerebro y el cuerpo en el corte transversal de la médula espinal alta

Habiéndose determinado aquello, ahora nos abocamos al segundo interrogante que se planteó anteriormente. ¿Qué forma de decapitación parcial capta la esencia de la analogía fisiológica con la muerte cerebral? (dejando a un lado si constituye la muerte o no). Claramente la respuesta es el sector de los elementos nerviosos: médula espinal, los nervios vago y frénico, por lo que necesitamos ocuparnos sólo de la médula espinal alta y del nervio vago. En teoría, la fisiología somática de la muerte cerebral y la del corte transversal de la médula espinal alta más la vagotomía debería ser idéntica, con la excepción de las influencias de la función pituitaria, que son variables en la muerte cerebral, pero intactas en el corte transversal de la médula espinal. Youngner y Barlett astutamente extrajeron esta comparación, en el pasado, en el año 1983 (1983, pág. 254) y aún se mantiene perfectamente válida. Para hacer que la analogía somática sea completa, podríamos comparar la muerte cerebral con la combinación del corte de la médula espinal alta más la vagotomía, más el hipopituitarismo hipotalámico. En principio esto es necesariamente así, porque en ambos casos el cuerpo “ve” sólo las partes del sistema nervioso distante del agujero magno: en uno de los casos porque están perdidas las partes rostradas y en el otro caso porque están desconectadas. También la información clínica confirma esta teoría. Una comparación detallada punto por punto de la fisiopatología de la muerte cerebral y la fisiopatología del corte trasversal de la parte alta de la médula espinal revela que las dos condiciones son realmente idénticas clínicamente (especialmente si a la lesión de la medula espinal se combina la vagotomía y el hipopituitarismo o si la muerte cerebral no incluye mucha disfunción pituitaria). La única diferencia es la conciencia (de ninguna manera una diferencia menor pero aquí nos abocamos estrictamente en el tema de la fisiología somática). De hecho, un capítulo característico de un libro sobre el control de los donantes de órganos con muerte cerebral en la unidad de cuidados intensivos y un capítulo característico de un libro sobre el control de pacientes con lesiones en la parte alta de la medula espinal son casi tan idénticos que el uno puede transformarse en el otro simplemente al intercambiar los términos muerte cerebral y lesión de la médula espinal. Este no es el caso sólo en la fase aguda cuando el shock espinal juega un gran papel en las inestabilidades de cada condición, sino también en las fases subagudas y crónicas, cuando retoma los reflejos espinales y la integración mediadora espinal. (Para un pormenorizado detalle y debate de estos paralelos, vea Shewmon, 1999b; Shewmon, 2004c).

El núcleo esencial de la analogía de la “decapitación fisiológica” con la muerte cerebral es el corte trasversal de la parte cervical alta de la médula espinal más la vagotomía. Pero claramente los pacientes con un corte trasversal en la parte alta de la medula espinal no están muertos -no solo porque están concientes-. No es que sean mentes/cerebros

concientes con un conjunto desordenado de tejidos y órganos desintegrados, más bien son claramente todavía seres mentales/corporales con cuerpos biológicamente vivos, aunque dependientes del respirador y severamente incapacitados debido a la falta de influencia del cerebro sobre el resto del organismo.

Se observan dos conclusiones: (1) Si los cuerpos con un corte en la parte alta de la médula espinal son “organismos como un todo” incapacitados, entonces los cuerpos con muerte cerebral son de igual manera “organismos como un todo” incapacitados; siendo organismos concientes, los primeros y organismos inconcientes, los segundos. (2) La pérdida de la unidad integradora somática no es un pensamiento viable para la muerte cerebral o la analogía de la decapitación. Si la muerte cerebral es la muerte, sólo puede serlo por la pérdida permanente de la conciencia, como sostienen los que defienden la “muerte cerebral superior”. Esto implicaría que no sólo la muerte cerebral sino que también cualquier lesión neurológica que cause inconciencia permanente (por ejemplo: el estado vegetativo permanente) es la muerte de la persona.

3.2.4. Desconexiones lógicas entre la teoría de la muerte cerebral y la práctica.

La separación entre el cerebro y el cuerpo, que es la esencia de la analogía de la decapitación fisiológica, trae a la luz una cantidad de paradojas o desconexiones mentales (lógicas) entre la corriente principal de la teoría de la muerte cerebral y la corriente principal de la práctica de la muerte cerebral.

1. ¿Qué es lo que es tan mágico de la unión de la medula cervical que la integración somática por intermedio del tronco encefálico sirve para el criterio de vida o muerte, sin embargo no sirve la integración somática por intermedio de la médula espinal?
2. Dentro del contexto de todos los criterios que satisfacen a la muerte cerebral, ¿por qué la presencia del reflejo pupilar tardío, que es somáticamente irrelevante, debería sugerir que el paciente está vivo, mientras que la presencia somáticamente integradora de la función del hipotálamo (por ejemplo: el mantenimiento del equilibrio de agua a través de la secreción regulada de la hormona antidiurética) no sugiere que el paciente este vivo?
3. Algunos pacientes con todos los signos clínicos de la muerte cerebral (con respecto a la muerte primaria del “tronco encefálico”) pueden tener gran actividad en el electroencefalógrafo, incluso con formas que se asemejan al sueño fisiológico (Esteban *et al.*, 1995; Grigg *et al.*, 1987). Por lo tanto, cuando el parámetro de práctica de la Academia Americana de Neurología declara que la muerte cerebral es un diagnóstico clínico y que la confirmación del electroencefalograma no es necesaria, sugiere que no importa si funciona o no la corteza cerebral siempre que no funcione el tronco encefálico. De esta manera se une de manera tácita al concepto británico de muerte del “tronco encefálico” y se separa del criterio de diagnóstico de muerte cerebral de todas las leyes estatutarias de los EEUU, que define al diagnóstico neurológico de la muerte en términos de la totalidad de la ausencia de la función cerebral.
4. Si el pensamiento de la corriente principal que iguala la muerte cerebral con la muerte es todavía la unidad integradora (“el organismo como un todo”), ¿por qué el criterio de diagnóstico de muerte cerebral de esta corriente no necesita que se evalúe una sola función somáticamente integradora y por qué permiten de forma explícita que estén presentes algunas funciones integradoras sin invalidar el diagnóstico(por ejemplo la ausencia de diabetes insípida, la estabilidad cardiovascular, las respuestas autónomas y endocrinas de estrés a la incisión quirúrgica sin anestesia)? Cuando Ropper *et al.*, en su ensayo de la página 5 del folleto de la conferencia, declara que la función residual del hipotálamo es un “argumento ilegítimo” (Ropper *et al.*, 2006), ¿por qué la función del hipotálamo debería ser más ilegítimo que un arco reflejo, si lo que se pretende diagnosticar es la falta total de la función cerebral? ¿Y por qué una función somáticamente integradora tal como la secreción de la hormona antidiurética debería ser más ilegítima que una función que no es somáticamente integradora como es el reflejo de la cornea, si el pensamiento que iguala la muerte cerebral con la muerte es supuestamente la pérdida del control integrador y unificador del cerebro sobre el cuerpo? (Broody, 1999, pág. 73; Halevy y Brody,1993, Truog y Fackler,1992). Además, no es verdad, como sostiene Ropper *et al.*, que tal función del hipotálamo es siempre un “fenómeno momentáneo”. En la mayoría de los 56 casos de mi meta análisis no se hizo mención de la diabetes insípida. Estoy seguro que algunos de estos pacientes lo tenían y los informes omitieron mencionarlo. Estoy de igual manera seguro que muchos no lo tenían. En el caso sin precedente de TK, lo que fue momentáneo fue la presencia de la diabetes insípida al comienzo, no su ausencia. Luego espontáneamente se disolvió, por lo que durante más de

20 años de muerte cerebral, él no tuvo diabetes insípida, a pesar de no tener tejido residual del hipotálamo, identificable en la autopsia. Descartar como ilegítima tal función somáticamente integradora, que en general se lo considera como una función cerebral, es igual a descartar como ilegítimo el pensamiento de la unidad integradora de la corriente principal.

¿Y a qué puede posiblemente referirse al declarar que tales “argumentos técnicos” pueden ser manejados a un nivel práctico? Parece sugerir que, por razones de sentido práctico, deberíamos alejar nuestras mentes (es decir ignorar) de esta seria desconexión lógica entre la teoría de muerte cerebral de la corriente principal y el diagnóstico de muerte cerebral de la corriente principal, y simplemente avanzar con ímpetu hacia la práctica de la muerte cerebral y la ablación de órganos a pesar de las incoherencias en su fundamento teórico.

5. Otra desconexión mental tiene que ver con la inestabilidad cardiovascular en la muerte cerebral aguda, lo cual se lo cita a menudo como una evidencia sustentable de que la muerte cerebral es la muerte- tal es así que un defensor de la muerte cerebral de una coherencia inusual declaró que si hay estabilidad cardiovascular sin un apoyo farmacológico, entonces el paciente no puede en verdad estar con muerte cerebral, incluso si están presentes todos los demás signos, y en tal escenario el corazón, por razones de ética, no puede ser ablacionado (Cervós, 1991, pág. 13)-. Por otra parte, las guías de diagnóstico de la Academia Americana de Neurología (1995) de forma explícita considera como compatible con el diagnóstico de muerte cerebral a la estabilidad cardiovascular sin el apoyo farmacológico, y los cardiocirujanos consideran a los mejores corazones para trasplante los que provienen específicamente de los donantes de muerte cerebral con una estabilidad cardiovascular sin apoyo farmacológico (Darby *et al.*, 1989; Guerriero, 1996). Así, las propias cualidades fisiológicas de los mejores donantes de corazón, por lógica, contradicen el fundamento teórico de porqué se cree que están muertos como primera medida para donar luego de forma ética.
6. Otra desconexión mental es el hecho de que, aunque la neurología de la corriente principal aún apoya el razonamiento de la unidad integradora de manera casi oficial, muchos expertos apoyan, en lo más íntimo, el razonamiento basado en la conciencia (una persona muerta a pesar de un cuerpo vivo). (Ver las acotaciones anteriores de los Drs. Plum y Cranford; y también mi impresión personal de las conversaciones con mis colegas acerca del tema).
7. Finalmente existe una desconexión mental que rodea a la misma analogía de la “decapitación fisiológica”. Supuestamente la analogía del experimento mental nos ayuda a comprender porqué la muerte cerebral es el cese del organismo como un todo. Pero en el análisis final necesitamos evaluar la fisiopatología real de la muerte cerebral con el fin de determinar cómo sería la fisiopatología de un cuerpo sin cabeza, sin sangrado y con respirador- y cuando lo hacemos nos vemos obligados a inferir, después de sobrellevar el instinto de repulsión por la figura mutilada, que el cuerpo decapitado es después de todo un organismo como un todo, de la misma manera que lo es un cuerpo mutilado en la parte superior de la médula espinal y de la misma manera que lo es un cuerpo con muerte cerebral. De quién es el cuerpo del organismo vivo sin cabeza, si es de alguno, es un tema totalmente distinto que vamos a abordar ahora.

3.3. Centrarse en la cabeza- ¿Quién está ahí, si hay alguien?

En nuestro experimento mental, compongamos las cosas de una manera que no sangre, no sólo el cuerpo con respirador sino tampoco la cabeza degollada, que se mantiene viva al unir los vasos principales a un aparato de bypass cardiopulmonar. Como no se ha hecho nada como para interferir con la mediación del cerebro en la conciencia, podemos razonablemente creer que la cabeza está conciente, con la misma conciencia personal que tenía antes de la operación y que puede comunicarse con nosotros a través de los movimientos faciales y oculares. En mi primer publicación de muerte cerebral argumenté que, como el tejido blando y los huesos no aportan a la conciencia, el experimento mental sería lo mismo y produciría una mayor semejanza exterior con la muerte cerebral si se sacara el cerebro y se lo mantuviera vivo en una vasija al unir los vasos sanguíneos principales con una aparato de bypass cardiopulmonar (Shewmon, 1985). Esto daría como resultado- basándome en lo que sabemos del cerebro y la conciencia-la misma conciencia personal con el cerebro separado que como con la cabeza entera, excepto que ahora la mente conciente está separada de toda comunicación con el resto del mundo y permanece sola con sus pensamientos y recuerdos. El cuerpo sin cabeza es idéntico en términos fisiológicos al cuerpo con muerte cerebral.

3.3.1. El desafío del experimento mental

Dado que el cuerpo sin cabeza (o descerebrado) es un organismo vivo como se estableció en la sección anterior, y que la cabeza (o el cerebro separado) es el lugar putativo de la persona conciente original, ¿Cuáles son las conclusiones que se extraen con respecto a la condición personal y/o a la identidad de la persona? A primera vista parecería que el cuerpo verdadero de la persona es el cerebro más todo lo que este integrado fisiológicamente con el cerebro (la cabeza, o todo el cuerpo intacto antes de la decapitación); o a la inversa todo lo que este fisiológicamente y espacialmente desconectado del cerebro no es el cuerpo de la persona, no importa si es un organismo vivo o no. Por lo tanto, si ahora el cerebro separado se desconectara del respirador y se lo dejara morir, el cuerpo descerebrado todavía vivo permanecería igual: un organismo vivo, pero no el cuerpo de la persona original. Esto es exactamente lo que se obtiene en la muerte cerebral, excepto de que la infartación total del cerebro acontece más bien en el lugar y no posterior a una separación quirúrgica y al mantenimiento temporáneo en una vasija. De esta manera la analogía presta un gran apoyo al razonamiento de muerte cerebral, que se basa en la conciencia, a saber que el cuerpo con muerte cerebral es un organismo vivo pero ya no una persona humana viva: la persona legítima murió cuando murió el cerebro. Esta línea de argumento era muy convincente para mí en la década de los años 1980 y constituyó el núcleo de mi defensa de la muerte cerebral, al principio de la “muerte cerebral superior”, (Shewmon, 1985) y posteriormente de una versión modificada de la “muerte cerebral total”, lo que presenté en el segundo grupo de trabajo de 1989 de la Academia Pontificia de las Ciencias (Shewmon, 1988; Shewmon, 1992).

En ese momento no me había dado cuenta todavía que el cuerpo sin cabeza (o descerebrado) era en su condición fisiológica un “organismo como un todo” que estaba vivo, aunque severamente lisiado. Como la cabeza viva separada (o el cerebro) era la persona legítima, di por sentado, sin mucha consideración, que, por lo tanto, el resto del “cuerpo” no podía ser un cuerpo real sino más bien algo con la condición metafísica de un miembro lisiado, solamente más grande y más estructurado en forma heterogénea. En 1992 empecé por primera vez a comprender la igualdad entre la muerte cerebral y el corte transversal de la médula espinal en su parte superior, obligándome a una difícil nueva interpretación del experimento mental a la luz de un cuerpo sin cabeza (o descerebrado) siendo más bien un “organismo como un todo” humano, vivo y permanentemente comatoso. Durante varios años no estaba seguro de cómo reconciliar estos dos argumentos teóricos, aparentemente contrapuestos, a favor y en contra de que la muerte cerebral sea la muerte del individuo, pero me sentía más seguro con la igualdad somática demostrable empíricamente del corte de la médula espinal que las especulaciones filosóficas de un hipotético experimento mental.

Luego de 5 años de permanecer callado sobre el tema, me aventuré a la literatura con mi nueva posición iconoclasta contra la muerte cerebral como la muerte. En la narrativa autobiográfica de mi viaje intelectual comprendí que debía tratarse seriamente el experimento mental e intenté una nueva interpretación de esto sosteniendo mi nueva actitud sobre la muerte cerebral (Shewmon, 1997, págs. 70-75). Aquel intento recibió varias críticas, en gran parte por los defensores de la muerte cerebral superior y en retrospectión admití que ciertas críticas eran válidas (Lizza 2006, págs. 102-7). Nunca estuve completamente satisfecho de mi nueva, propia interpretación incluso en ese momento, pero era incapaz de construir una mejor reconciliación entre lo que parecía por un lado una conclusión fisiológica inexpugnable del “organismo como un todo” y por el otro lado, la muerte de la persona con la muerte del cerebro en el experimento mental. Desde entonces mis escritos se han focalizado en el organismo como un todo, mostrando que la función cerebral no es, después de todo, necesaria para la integración del cuerpo, y que la integración somática no está localizada en un órgano maestro particular sino que se encuentra extendido a través del cuerpo en las interacciones mutuas entre sus partes. Este informe representa mi primer tratamiento de la analogía de la decapitación desde 1997; con optimismo, los 9 años intermedios me brindaron algunos razonamientos y perspectivas adicionales sobre la materia.

3.3.2. La Interpretación Reduccionista

Ahora estoy convencido de que la interpretación del experimento mental depende en gran medida del básico concepto global filosófico de la persona. Para el monista material y el reduccionista de persona/ mente/ cerebro, la solución es evidente. La persona está con la parte que contiene el cerebro funcionando. En el caso de que la analogía se extienda a la separación únicamente de una parte del cerebro (como se sugería en mi primer informe *Thomista* (Shewmon, 1985), entonces la persona está con aquello que contiene la parte del

cerebro que está conciente. Esta es ahora el “verdadero cuerpo” de la persona, gravemente mutilada, y apenas reconocible como un cuerpo humano, aunque sin embargo lo es; el resto no es el cuerpo de la persona, no importa cuanto puede parecerse a un cuerpo humano. Dado que es biológicamente un “organismo como un todo”, podría llamarse “un organismo humanoide” (Lizza, 2004, pág. 52; Lizza 2006, pág. 15; Shewmon, 1985). La persona muere cuando muere la parte con el cerebro conciente y no cuando la respiración y la circulación se detienen de manera irreversible en el cuerpo sin cabeza (o descerebrado). Como esto es exactamente lo que se obtiene en la muerte cerebral, a excepción de que el cerebro muere en su lugar y no posterior a la separación con el cuerpo, se sigue lógicamente que la muerte cerebral clínica es la muerte de la persona tanto como lo es la muerte del cerebro conciente, separado para el experimento mental.

3.3.3. Interpretación compatible al catolicismo

Sin embargo, según el básico concepto global filosófico de la Iglesia Católica, la interpretación se torna mucho más complicada, porque se debe considerar, además y como primer lugar, el alma humana. De las diferentes nociones de “alma” sugeridas en la historia de la filosofía, la única más compatible con la tradición judeo-cristiana y aprobada oficialmente por el Magisterio Católico es el concepto Aristotélico-Tomista del alma como la forma sustancial o el principio de vida del cuerpo (Consejo de Viena(1312), 1957) . A diferencia de las “almas” de las plantas y de los animales, el alma humana tiene una dimensión espiritual que es la base elemental de los actos híbridos mentales, físicos/espirituales (que requieren necesariamente actividad cerebral pero intrínsecamente no se pueden reducir sólo a la actividad física del cerebro) como son: el conocimiento reflexivo de sí mismo, la formación de conceptos abstractos y la volición. El cerebro es necesario para la interacción entre el centro de la conciencia y el resto del cuerpo y del mundo, pero la persona y las actividades mentales de la persona son más que la simple actividad cerebral electroquímica y comprende toda una dimensión inmaterial/ espiritual de existencia que el reduccionista no admite. Se debe enfatizar que el concepto de alma aceptada por la Iglesia no es la del dualismo cartesiano, en la cual un alma/ mente completamente espiritual de alguna manera interactúa con un cuerpo esencialmente mecánico. Más bien, el alma es a la vez la base espiritual para la dimensión inmaterial de las funciones mentales y el principio de vida del cuerpo, haciendo de este un “organismo como un todo”. El alma humana, separada del cuerpo al morir, es incompleta; está en cierto modo en un estado de conciencia pero no puede realizar funciones mentales humanas adecuadas sin el medio cerebral (of. Aquinas: los pensamientos en las almas separadas del cuerpo: *Summa Theologiae*, Ia, q. 89; *Quaestiones Disputatae De Anima*, a. 15). Esto enfatiza la importancia de la doctrina de la resurrección del cuerpo para el catolicismo (se opone a esto la noción platónica del alma como un espíritu aprisionado en el cuerpo, que no está su ser completamente funcionando hasta que, al morir, sale del cuerpo a un reino de existencia completamente espiritual).

Entonces, para el catolicismo, el alma humana :(1) tiene una dimensión inmaterial que le permite perdurar luego de la muerte del cuerpo;(2) utiliza el cerebro como un instrumento para las funciones mentales propiamente humanas, pero es ella misma la base para aquellos aspectos espirituales/inmateriales del funcionamiento mental que no pueden ser reducibles intrínsecamente a la actividad cerebral electroquímica u otra actividad cerebral física; (3) es además ,por naturaleza, el principio vital (“la forma sustancial”) del cuerpo; y (4)como tal está presente a través de todas las partes del cuerpo, no sólo en el cerebro (que sería una variación del cartesianismo, con el cerebro como un todo que toma el lugar de la glándula pineal de Descartes).Una consecuencia importante de ello es que las lesiones cerebrales que causan inconciencia, incluso de forma permanente, *paralizan* los poderes mentales del alma pero no las aniquilan, no menos que el corte de las cuerdas de un piano haría que el músico fuera menos pianista. Esta es una diferencia clave entre la antropología católica y el reduccionismo persona/mente /cerebro: el primero admite el concepto tal de “persona en estado de inconciencia permanente” mientras que el segundo no lo considera. Para el católico, siempre que haya evidencia que el cuerpo está vivo (“un organismo como un todo”), entonces el alma y la persona están presentes, incluso si se vuelve en estado de inconciencia permanente por una lesión cerebral. Para el reduccionista, si aquel cuerpo está vivo simplemente, ya no es el cuerpo legítimo de la persona (“un organismo humanoide que no es persona”) y la persona está aún muerta debido al estado de inconciencia permanente. Para el reduccionista, la noción de “persona en estado de inconciencia permanente” es una contradicción de términos, mientras que para el católico (y por supuesto para muchos otros que comparten la visión católica del alma) no existe siquiera alguna contradicción.

Acercándonos al experimento mental según la visión global católica, podemos realizar las siguientes observaciones: como se presume que el cerebro separado del cuerpo continua interviniendo en las funciones mentales, el alma debe estar “informando” al cerebro (o a la cabeza con el cuerpo, depende de la versión del experimento mental). Esto parece muy evidente. La dificultad tiene que ver en cómo interpretar al cuerpo descerebrado (o sin cabeza), dado su condición biológica como “un organismo como un todo”. Se presentan varias posibilidades teóricas: (1) el cuerpo descerebrado (o sin cabeza) tiene una nueva alma o principio vital pero no una nueva alma espiritual humana- más bien una especie de “alma” animal, si bien no son aquellas de las especies animales existentes de forma natural. (2) el cuerpo descerebrado (o sin cabeza) tiene una nueva alma humana, espiritual, algo análogo a la unión durante el principio del génesis embrionario humano. (3) La única alma legítima, debido a su inmaterialidad, trasciende las limitaciones del espacio e informa tanto al cerebro (cabeza) como al cuerpo descerebrado (o sin cabeza), incluso si están físicamente separados. (Esto parecería invocar, en cierta manera, a la noción no ortodoxa del hilomorfismo aristotélico y su aplicación tomista del alma humana)

3.3.4. La necesidad de un mejoramiento de la antropología aristotélica-tomista

Aquel experimento mental desemboca en un tipo de problemas con relación filosófica que comprende la división y la fusión de organismos biológicos, como son: los planarios y otras especies inferiores que pueden generar nuevamente un organismo completo a partir de una parte fragmentada, la unión de los blastocistos humanos o animales y los gemelos siameses. Cuando un planarium es bisecado y cada parte crece en un nuevo planarium completo, ¿cómo Aristóteles hubiera respondido la pregunta cuál de las dos lombrices resultantes tiene la forma sustancial original que se extrajo de la potencia de la materia en el momento de la división? (¿o se perdió la forma original y se originaron dos nuevas formas?). Probablemente él no conocía este fenómeno biológico significativo y desarrolló su sistema de hilomorfismo basado en las cosas comunes de la naturaleza que él observó. Quizás el hilomorfismo no es completamente un sistema metafísico propio para explicar qué sucede cuando un planario es bisecado. El mismo dilema se aplica con la formación de los gemelos humanos, aún peor, porque la espiritualidad del alma humana no puede derivarse simplemente de la potencialidad de la materia como lo son las almas de los animales, pero cada alma humana se crea ex nihilo por un acto especial de Dios cuando son adecuadas las condiciones de la materia (Aquinas a. Summa Theologiae, Ia, q. 90, a. 2&3). Por lo tanto, con los gemelos humanos se mantiene un misterio y probablemente incognoscible intrínsecamente si ya habían dos almas existentes antes de la unión- y eso es precisamente porqué ocurrió la formación de los gemelos- o solamente un alma antes y dos luego, en cuyo caso permanece oscuro cuál de los gemelos conservó el alma original y cuál obtuvo una nueva alma creada. Y en el caso de los gemelos siameses que comparten la circulación sanguínea y muchos órganos vitales, en apariencia existen dos almas humanas pero sólo un cuerpo, lo que resulta difícil conciliar con el hilomorfismo; o bien hay dos cuerpos, cada uno “comunicado” con su respectiva alma pero con un dominio complejo de superposición que en apariencia se comunica con ambas almas. El hilomorfismo tradicional aristotélico y su aplicación tomista en la antropología cristiana no parecen suficientes filosóficamente para explicar tal fenómeno. Si lo que se necesita es un mayor desarrollo del hilomorfismo o un sistema filosófico completamente nuevo que explique mejor tal fenómeno biológico sin sacrificar conceptualmente la espiritualidad del alma humana o su relación esencial con el cuerpo humano, no lo sé. No tengo una respuesta definitiva, defendible lógicamente para el experimento mental de la misma manera que no tengo para las preguntas similares con respecto al planario, los gemelos y los gemelos siameses. Al final y especialmente con respecto a los ejemplos humanos, quizás debemos contentarnos simplemente con permanecer agnósticos acerca de una o dos almas, cuáles de las almas, etc. Y simplemente mantener una admiración respetuosa por el misterio de la vida humana.

3.3.5. El experimento mental es en realidad irrelevante para la muerte cerebral clínica.

Esto suena como una alternativa algo_endeble intelectualmente para los reduccionistas y los defensores de la muerte cerebral superior. Pero aseguraría también que la inhabilidad hacia algo definitivo, sin arbitrariedad, soluciona el dilema del experimento mental en el contexto de la antropología cristiana tradicional que no es en absoluto un problema para comprender la muerte cerebral dentro del mismo marco filosófico- porque en los casos reales de muerte cerebral, no existe separación en dos partes, por lo que nunca aparece el interrogante de cuál de las partes posee qué alma (o qué tipo de alma). Durante todo el proceso fisiopatológico de

la infartación total del cerebro, hay sólo una “parte” (es decir, todo el cuerpo) y siempre que se mantiene un organismo vivo, entonces podemos estar seguros de que el alma está ahí como su principio de vida, incluso si se suspenden las capacidades mentales del alma por la destrucción del órgano por el cuál estas capacidades están asignadas para actuar.

Como consecuencia, cuando se evalúa en profundidad, la analogía de la decapitación no imparte en absoluto claridad heurística sobre la muerte cerebral, sino que confunde al distraer la atención filosófica con preguntas interesantes pero tangenciales, cuyas respuestas no determinan la comprensión fundamental de la muerte cerebral. Por otra parte, lo esencial de la analogía de la decapitación parcial brinda bastante claridad sobre la materia al subrayar la equivalencia fisiológica entre la muerte cerebral y el corte transversal de la parte superior de la médula espinal (más vagotomía, más, o menos diabetes insípida), que constituye la esencia decisiva de la “decapitación fisiológica”.

En resumen, para el reduccionista, el cuerpo con muerte cerebral es un organismo humanoide vivo pero ya no es más el cuerpo de la persona, quien está muerta debido al estado de inconciencia permanente. **Para aquellos que aceptan un tipo de alma espiritual aristotélico-tomista, algunos cuerpos con muerte cerebral están en verdad muertos en virtud del daño sumamente crítico multisistémico, mientras que otros (con una patología relativamente restricta al cerebro) están críticamente incapacitados en un estado comatoso en forma permanente, pero aún son seres humanos vivos. En cada caso, la muerte del cerebro no constituye por sí misma la muerte humana.**

4. La muerte cerebral y el nuevo cartesianismo

La literatura de la muerte cerebral está llena de selección de palabras que yuxtaponen el “cerebro” y el “cuerpo” como si el cerebro no fuera parte del cuerpo pero más bien una entidad en sí misma que gobierna al cuerpo, que a la vez se lo considera como una máquina esencialmente compleja con la necesidad de un gobierno y una coordinación externa. Un ejemplo ilustrativo es la frase que a menudo se encuentra en la literatura más reciente de muerte cerebral: “muerte cerebral con una supervivencia somática prolongada”, lo que claramente sugiere que el soma o el cuerpo no incluye al cerebro. Más aún, la mirada mecanicista del cuerpo penetra tanto en la biología moderna y en la medicina, que difícilmente un manuscrito o un formulario concedido se aceptan sin alguna referencia de los “mecanismos básicos”.

Existe mucha similitud estructural entre el dualismo de mente-cuerpo de Descartes y el dualismo de “cerebro-cuerpo” que está actualmente en boga. Una importante diferencia es que el dualismo de Descartes comprende una mente puramente espiritual y un cuerpo puramente mecánico, mientras el dualismo del neo cartesianismo es puramente materialista, con el cerebro funcionando sobre “principios mecánicos” tanto como el resto del cuerpo. Otra diferencia importante es semántica, con respecto al término “cuerpo”: para el cartesianismo el “cuerpo” incluye el cerebro, mientras que para la clase de neo cartesianismo en cuestión, el “cuerpo” incluye todo excepto el cerebro.

Teniendo en cuenta estas diferencias, las similitudes estructurales son fascinantes y esclarecedoras. Para ambas hay dos claras entidades en una relación de jerarquía, con la entidad mental que gobierna la mecánica de la entidad no mental. Para Descartes, el sitio anatómico de interacción entre la mente y el cuerpo era la glándula pineal; para el neo cartesianismo es la unión de la médula cervical. Descartes no podía comprender que las funciones mentales humanas son un híbrido físico-espiritual, ni reducible ni separable de las funciones (cerebrales) del cuerpo. Los neo cartesianos no pueden comprender que el cuerpo humano es un híbrido unificado de elementos neurales y no neurales, y que los elementos neurales son continuos el uno al otro, así que el cerebro es una entidad separada de la médula espinal sólo en diagramas, y no en realidad (los diferentes tractos de la sustancia blanca atraviesan ambas partes y la zona de transición entre el cordón cervical superior y la médula inferior). Incluso si se destruye el cerebro, todavía existe el sistema nervioso: la médula espinal con sus funciones intrínsecas de integración y su comunicación de dos direcciones con casi todas las partes del cuerpo a través de los nervios autónomos y periféricos. Sólo porque estas partes del sistema nervioso no están directamente asociadas con la función mental, no deberían ser desestimados con respecto a su rol en el mantenimiento de un “organismo como un todo”.

El pecado intelectual de ambos “ismos” (cartesianismo y neo cartesianismo) es la de materializar y separar en categorías lo que en realidad son dos componentes inseparables de una sola entidad híbrida. Sin duda, el propio lenguaje que usamos (con palabras diferenciales para estos componentes: “mente”, “cerebro”, “cuerpo”), más nuestra tendencia

de pensar con la imaginación en simples diagramas o separaciones son grandes tentaciones en dirección hacia la materialización de lo abstracto, pero nuestro intelecto debe superar tal pereza intelectual.

5. ¿Qué es la muerte, sino es la muerte cerebral?

Hasta el momento este artículo ha expuesto sobre lo que creo que *no* es la muerte. No debería finalizar sin decir brevemente lo que creo que es la muerte. Conservando la distinción tradicional tripartita presentada por Bernat y los colegas entre la “definición” (concepto), el “criterio” (el sustrato anatómico) y las “pruebas” de la muerte (Bernat 2001; Bernat *et al.*, 1981), diría que mi concepto de muerte de la persona humana es el mismo expresado en forma elocuente por el Papa difunto Juan Pablo II, es decir “un evento único que consiste en la desintegración total de un todo unitario e integrado que es la persona misma. Resulta de la separación del principio de vida con la realidad corporal de la persona”. También estoy de acuerdo con el Papa de que no podemos precisar de manera empírica el momento exacto de este evento, pero pueden existir “signos biológicos” de que la persona ha muerto efectivamente.

Volviendo ahora al nivel de criterio o sustrato anatómico, podrían existir algunos criterios válidos posibles (signos biológicos) de que la persona ya está muerta. Pero más uno intenta acercarse al instante no visible de la muerte misma, más difícil se torna el formular un criterio cierto y universalmente válido. “Rigor mortis” (cadáver rígido) es un criterio válido, lejos del instante de la muerte y como consecuencia, no muy útil clínicamente. Un criterio, probablemente válido, cercano al momento de la muerte sería algo como el cese de la circulación de la sangre en un lapso suficiente (dependiendo de la temperatura del cuerpo) para causar un daño irreversible a una cantidad crítica de órganos y tejidos del cuerpo, por lo que comienza un proceso irrevocable de desintegración. A temperatura normal, el lapso mínimo suficiente es probablemente algo aproximado de 20 minutos, aunque no hay bastante información como para confirmar con seguridad una duración exacta. (Lynn y Cranford, 1999, pág.108). No creo que se pueda determinar de manera universal el número decisivo de órganos y tejidos, como sin duda va a variar según el caso, ciertamente se incluye al cerebro, pero no es únicamente el cerebro. Esto se asemeja al criterio cardiopulmonar, más esto es un adelanto porque ni la función del corazón ni del pulmón es necesaria para la vida (personas con corazones artificiales, bypass cardiopulmonar, oxigenación extracorporeal de la membrana, etc. están realmente vivas) El criterio propuesto anteriormente se denomina mejor como “circulatorio- respiratorio” que enfatiza lo que realmente es determinante para conservar la integración del organismo como un todo. En este contexto se entiende por ‘respiratorio’ no a respirar sino en el sentido químico del intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en la mitocondria de cada célula del cuerpo (a las enzimas responsables se las denomina a menudo de forma colectiva ‘la cadena respiratoria’), quizás se podría crear un mejor término aún, que evite la ambigüedad inherente de ‘respiratorio’. La secuencia exacta del deterioro de los órganos puede variar de una muerte a la otra, lo cual depende de la causa y el contexto general de la muerte. Yo, también, creo que el momento de la muerte que se puede declarar legítimamente y actuar sobre ella varía, lo cual depende de la clase de muerte y su contexto.

6. Conclusión

Así como reconocieron de la misma manera los defensores y los opositores de la muerte cerebral en la Tercera Conferencia Internacional de Coma y Muerte y en la revista de Journal of Medicine and Philosophy (revista de medicina y filosofía) de octubre de 2001, la acumulación de evidencia clínica y consideraciones teóricas en verdad socavaron algunos de los mantras sagrados de la teoría tradicional de muerte cerebral y (Lizza, 2004, pág. 52) ‘cavaron la fosa’ contra el razonamiento de un organismo como un todo, biológico para igualar la muerte del cerebro con la muerte del individuo. Tanto si los neurólogos oficiales lo admiten o no, el debate activo entre los expertos de la teoría de la muerte cerebral ha cambiado del dominio biológico al filosófico, donde la pregunta esencial es: ¿un ser humano vivo en estado de inconciencia permanente es todavía una persona humana? La respuesta depende del concepto global filosófico fundamental de la persona y no puede dilucidarse más por la investigación científica. Es en el terreno filosófico que los reduccionistas materiales y la Iglesia Católica deben con respeto separarse, los primeros respondiendo ‘no’ y los segundos respondiendo ‘sí’.

Tal afirmación de la existencia de la vida humana en su estado más frágil, incapacitado y dependiente no es de ninguna manera un mandato implícito hacia la “obstinación terapéutica”

o el "vitalismo". El cuidado intensivo en el contexto de la 'muerte cerebral' es uno de los ejemplos posibles más claros de los mecanismos 'extraordinarios' (desproporcionados) que pueden (y en muchos casos deberían) ser legítimamente renunciados, manteniendo los principios morales tradicionales católicos (Juan Pablo II, 1995, 65; Congregación Sagrada, 1980, IV). Los casos donde el empleo de tal medio 'extraordinario' podría ser apropiado incluye: embarazadas con muerte cerebral para hacer posible el nacimiento del feto, el respeto por las sensibilidades culturales (por ejemplo en Japón) o convicciones personales (como con la mamá de 'TK' y las madres de otros niños con muerte cerebral crónica, algunos judíos ortodoxos, etc.), la empatía para brindarles tiempo a los miembros de la familia a que lleguen y se unan en el dolor, etc. Los temas que rodean a la justicia (¿quién paga estos tratamientos tan caros?) son también importantes, extremadamente complejos, que varía de acuerdo a la estructura del sistema médico de cada país y está alejado del alcance de este artículo.

Que la muerte cerebral no es en sí misma la muerte conlleva implicaciones profundas para la esfera del trasplante. Sin considerar los primeros tiempos de la muerte cerebral, su historia posterior a 1968 ha sido impulsada en gran medida por la demanda de trasplantes: el rápido desarrollo e implementación del criterio de diagnóstico sin la adecuada confirmación, la revisión precipitada de la ley estatutaria de muerte sin un consenso real sobre el razonamiento fundamental de porqué la muerte cerebral debería ser la muerte, y ahora el inmenso impulso del trasplante, haciendo que todos sean reacios a enfrentar cara a cara la evidencia acumulada de que el razonamiento casi oficial de la unidad-integradora se basó en suposiciones biológicas erróneas y ya no puede servir como fundamento intelectualmente viable para la muerte de los donantes de órganos con muerte cerebral.

Pero la supresión de la muerte cerebral no implica necesariamente el anuncio de la muerte del trasplante que tantos de sus defensores parecen temer. Sin embargo, sí implica realizar el procedimiento del trasplante de un modo diferente, de manera que la extracción de los órganos vitales no mate ni lastime al donante si el donante no está todavía muerto (análogo éticamente a los donantes vivos de sangre, de médula, de un riñón o del lóbulo del hígado). A valor nominal suena contradictorio en sí mismo pero no lo es - por razones que están más allá del alcance de este artículo y ya desarrollado en otra parte (Shewmon, 2004d; Shewmon and Shewmon, 2004)-. **Recalco esto en la conclusión, para disipar el temor que circunda el aceptar la evidencia contraria a la creencia intocable medico-legal de 38 años. El admitir que los pacientes con muerte cerebral están en estado comatoso profundo, severamente incapacitados, seres humanos vivos es un progreso, no un retroceso.** Nos obligará a un progreso de nuestra comprensión y diagnóstico de la muerte, un esclarecimiento en los principios fundamentales filosóficos con relación a la vida humana, y una realineación entre nuestra comprensión y nuestras conciencias al ocuparnos de estas vidas humanas sumamente vulnerables.

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

(4)

Suprema Corte de Justicia
Provincia de Buenos Aires

I. 2.098 "SENCAR. CARLOS GUILLERMO Y
OTROS S/INCONSTITUCIONALIDAD LEYES
24.193 Y 10.586 Y SU DECRETO
REGLAMENTARIO"

La Plata, 24 de JUNIO de 1997

VISTO:

La demanda interpuesta en los términos del art. 161
inc. 1º de la Constitución provincial, y

CONSIDERANDO:

1. Que mediante ella se pretende la declaración de
inconstitucionalidad de varios artículos de la ley nacional
de transplante de órganos y ablación de material anatómico
humano N° 24.193 y de la ley provincial 10.586 -y su decreto
reglamentario-, mediante la cual se declara autoridad de
aplicación de aquélla en el territorio provincial al Ministe-
rio de Salud de la Provincia.

2. Que si bien la pretensión se dirige contra ambos
ordenamientos -nacional y provincial citados-, la impugnación
se refiere y se desarrolla, exclusivamente, en relación a los
contenidos de la ley nacional de transplantes, a saber, el
concepto de muerte adoptado por ella a los fines de su regu-
lación -que transgrediría, según los actores, el de muerte
natural consagrado constitucionalmente- y lo preceptuado so-
bre el consentimiento del dador.

Ninguna de esas cuestiones -que motivan el agravio de los demandantes- constituyen materia de la ley provincial 10.586 y su decreto reglamentario.

3. Que la acción originaria de inconstitucionalidad está prevista solamente para cuestionar leyes, decretos, ordenanzas o reglamentos locales, por infracción a disposiciones de la Carta magna de la Provincia (artos. 161 inc. 19. Constitución provincial: 683, 686 y concs., C.P.C. y C.).

Por consiguiente, en el sub lite el defecto de la demanda en torno a su objeto resulta evidente, desde que la impugnación se circunscribe -conforme quedó visto- a los contenidos de una ley nacional. A mayor abundamiento, excluida esa temática, carece de toda autonomía o autosuficiencia la mera mención de la ley provincial 10.586 que se expresa en la demanda.

4. Que en mérito de las consideraciones expuestas y en ejercicio de la atribución de la Suprema Corte de examinar de oficio la procedencia extrínseca de la demanda de inconstitucionalidad (doctrina causa 1. 1128, entre muchas otras), toda vez que las normas controvertidas en el caso -disposiciones de la ley nacional de transplantes- no pueden ser enjuiciadas a través de la acción intentada (art. 161 inc. 19. Const. prov. y 683 y sigts., C.P.C.C.), y sin perjuicio de su planteamiento por los interesados a través de la vía que corresponda, debe rechazarse "in limine" la demanda de

Suprema Corte de Justicia
Provincia de Buenos Aires

inconstitucionalidad interpuesta ante este Tribunal (art. 336. C.P.C.C.).

Por ello, la Suprema Corte

RESUELVE:

Rechazar "in limine" la demanda originaria de inconstitucionalidad interpuesta (arts. 161 inc. 19. Constitución provincial y 683 y siots. y 336. C.P.C. y C.).

Regístrese y notifíquese.

ALBERTO ODDILIO PISANO

GUILLERMO DAVID SAN MARTIN

JUAN CARLOS HITTERS

EDUARDO JULIO PETTIGIANI

JUAN MANUEL SALAS

RICARDO MIGUEL CORTI
 Secretario
 Suprema Corte de Justicia

Registrado

665