

LA DONACIÓN DE ÓRGANOS VITALES Y UN CONCEPTO DE MUERTE CLÍNICA ACORDE CON LA ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA¹

Por el Pbro. Dr. Pedro José María Chiesa²

Cuando en el quirófano se extraía el corazón donado, se escuchaba dialogar a dos enfermeros: -¿Está vivo o muerto? -No lo sé.

La presente exposición distingue tres tipos de muerte:

- a) Muerte clínica: cese irreversible del funcionamiento del organismo como un todo.
- b) Muerte biológica: cese total de la actividad de cada célula de los tejidos³.
- c) Muerte ontológica: separación de alma y cuerpo⁴.

... y también se establece una diferencia entre dos tipos de donaciones de órganos:

- a) Donación de órganos vitales: corazón, pulmón...
- b) Donación de órganos no vitales: médula, riñón, córnea...

Teniendo en cuenta estas dos clasificaciones, las presentes líneas ponen su atención en la extracción de órganos vitales y en la muerte clínica, porque si bien los tres conceptos de muerte se interrelacionan y complementan, desde el punto de vista ético la definición de *muerte clínica* tiene rol preponderante, pues ella delimita el hecho que define la moralidad (o no) de la extracción de órganos *vitales* donados para un transplante (corazón, pulmón...) ⁵.

Por tanto, el concepto de *muerte clínica* que a continuación expondré, tengo la esperanza de que sea útil a los especialistas del arte de curar deseosos de tener criterios claros que determinen la legitimidad (o no) de la extracción de órganos vitales... y no sólo a ellos, también a los legisladores, jueces, ciudadanos, familiares de un moribundo, etc.

¹ Ponencia presentada en el *I Congreso Nacional de Filosofía del Derecho y Filosofía Política*, y *IV Jornadas Nacionales de Derecho Natural* (San Luis, República Argentina, 14-16 de junio de 2007).

² Abogado por la Universidad Nacional de Buenos Aires y Doctor en Filosofía por la Pontificia Universidad de la Santa Cruz (Roma).

³ Cfr. AGUILERA, P., *En la frontera vida-muerte: problemas bioéticos*, Ed. Universitaria S. A., Santiago de Chile 1991, p. 21; este tipo de muerte se manifiesta gradualmente en el proceso de descomposición y putrefacción, y su estudio no compete tanto al médico clínico sino al investigador; y aprovecho esta primer cita que hago de la obra de Aguilera, para destacar que el estudio hecho por este autor es fruto de una interesante tesis doctoral en filosofía, la cual constituye una magnífica síntesis de los conceptos que pretendemos expresar como fundamento de nuestro escrito... de todos modos, debo advertir que Aguilera no tiene como objetivo en su tesis precisar el criterio de muerte clínica en orden a examinar la moralidad de los transplantes de órganos vitales, pues su intención es determinar el concepto de muerte clínica en general.

⁴ Cfr. *Ibidem*, pp. 20-21.

⁵ En el ámbito jurídico frecuentemente se utiliza la expresión *dación* de órganos, y se lo hace para establecer una diferencia terminológica con la *donación*, la cual se utiliza en relación a los objetos susceptibles de valor pecuniario... porque los órganos son expresión de la dignidad humana, y están fuera del comercio.

I. Concepto de muerte clínica

Hasta 1960 la *muerte clínica* fue tradicionalmente definida como la ausencia de respiración y circulación sanguínea por paro cardíaco, pero ese año la investigación demostró definitivamente que la circulación se podía mantener mediante masaje externo, lo que obligó a redefinir el concepto, pues la identificación plena entre muerte clínica y paro cardiorrespiratorio ya no era viable⁶.

Actualmente, el principal criterio utilizado por los científicos para determinar la *muerte clínica*, es la *pérdida irreversible y total de la función del encéfalo*⁷, la cual tiene como síntoma y/o causa más notoria la pérdida irreversible de la función cardiorrespiratoria⁸; pero no se debe confundir el síntoma con la causa. Por tanto, en atención a este concepto científico, a continuación dividiré la exposición en dos aspectos que definen esencialmente la muerte clínica: a) *Pérdida irreversible* de la función del encéfalo; y b) *Pérdida total* de la función del encéfalo.

a) Pérdida irreversible de la función del encéfalo

El cese irreversible del funcionamiento del organismo como un todo tiene lugar cuando se produce la *pérdida total e irreversible del funcionamiento del encéfalo completo (no sólo de la corteza o del tronco cerebral)*. Esto impide identificar la *muerte encefálica* con la *muerte cerebral*, pues esta última sólo designa la muerte del *sistema nervioso central*⁹.

La pérdida total e irreversible del funcionamiento del encéfalo fue definida por la medicina como una *necrosis*; pero el elemento esencial a tener en cuenta para diagnosticar la muerte encefálica no exige que esta necrosis sea absoluta, sino que el *paro circulatorio del*

⁶ Cfr. *Ibidem*, pp. 19-20; vid. también PUCA, A., *Determinazione e accertamento della morte cerebrale. Panorama storico*, en "Medicina e Morale" 41 (1991), pp. 229-247.

⁷ Cfr. Aguilera, P., *op. cit.*, p. 24; vid. también CICCONE, L., *Bioética*, Ed. Palabra, Madrid 2005, pp. 321-323, donde en p. 321 distingue la muerte encefálica y la cerebral, pues la muerte encefálica sería la muerte cerebral total (cerebro, cerebelo y bulbo raquídeo).

⁸ "Si bien la cesación permanente de la función cardiorrespiratoria ha sido el criterio más seguido para la determinación de la muerte a lo largo de la historia, pues los antiguos observaban que todas las otras funciones cesaban cuando se detenían estas dos funciones vitales... y se daba origen a un irreversible proceso de desintegración corporal, los avances tecnológicos y farmacológicos de la ciencia médica han hecho posible que, aún cuando se produzca un cese espontáneo de la respiración y de la actividad cardíaca, éstas puedan restablecerse. Por tanto, muerte clínica no es sinónimo de pérdida espontánea de estas dos funciones vitales. Así, por ejemplo, si por una patología del ritmo cardíaco el paciente tuviera que utilizar como condición para vivir un marcapasos permanente y, al mismo tiempo, se encontrase afectado por la enfermedad de *Guillain Barré* que desarrolla una parálisis periférica progresiva que desemboca en una apnea respiratoria, un ventilador mecánico sustitutivo del subsistema respiratorio lo podría mantener vivo y en estado de conciencia, por lo que sería absurdo afirmar que en realidad está muerto por no tener actividad cardiorrespiratoria espontánea. Y, como contrapartida, aunque a un decapitado se le pudiera mantener el sistema cardiorrespiratorio en funcionamiento durante un breve tiempo, esto no permitiría afirmar seriamente que estuviese vivo. Por tanto, el simple paro cardiorrespiratorio no es necesariamente sinónimo de muerte" (Aguilera, P., *op. cit.*, pp. 20-21).

⁹ *Ibidem*, pp. 25-26.

encéfalo, que inexorablemente desembocará en dicha necrosis, sea *irreversible*¹⁰.

Esta distinción tiene trascendencia práctica en orden a determinar si hay *muerte clínica*, único tipo de muerte que podría hacer moralmente legítima la extracción un órgano vital (corazón, pulmón, etc.) que previa, libre y explícitamente, haya sido donado para un trasplante... porque, en su defecto, teniendo en cuenta el alto grado de indefensión de la víctima, se estaría cometiendo un homicidio calificado¹¹.

b. Pérdida total de la función del encéfalo

Es obvio que “el diagnóstico de muerte clínica en individuos que muestran el *rigor mortis* o la putrefacción sólo requiere la constatación de estos hechos”¹²; pero la cuestión de interés consiste en determinar, sin llegar a estos extremos, en qué instante se puede afirmar con certeza moral que el cuerpo de un paciente pasó a ser un cadáver.

El interrogante es relevante para extraer órganos vitales donados, pues un comportamiento negligente a la hora de precisar la muerte clínica del paciente podría transformar la donación (acto noble, caritativo y meritorio) en un homicidio calificado¹³.

Pues bien, actualmente la tesis que mejor parece concordar con la antropología y la ética filosóficas, es aquella que sostiene que una persona cuyo encéfalo tiene una desintegración histológica *total*, clínicamente está muerta. Esta opinión la sustentan:

- a) El Comité ad hoc de la Escuela de Medicina de Harvard¹⁴.
- b) El dictamen *Definir la muerte*, anexo al informe de la Comisión del Presidente de los Estados Unidos para el estudio de problemas éticos en medicina¹⁵.

¹⁰ *Ibidem*, p. 27: “Esta irreversibilidad se debe en gran medida al denominado *fenómeno de no reflujo*, por el cual, pese a un eventual restablecimiento de la actividad cardíaca, por falta de permeabilidad del lecho capital encefálico, no hay flujo sanguíneo encefálico, y hasta hoy esto la medicina no lo pudo revertir”.

¹¹ La moralidad de la donación de órganos vitales (acto caritativo y meritorio) exige que la donación sea efectuada de modo plenamente libre, previo y explícito, y que aún cuando se reúnan estas tres condiciones no se lesionen derechos colectivos o de familiares, amigos y/o terceros, quienes podrían ser heridos sentimentalmente de modo significativo. Conviene recordar que la vida física no es un bien ontológico supremo, y que para mantener vivos a otros no podemos realizar acciones que dieran a pensar que tal vez no exista un más allá. Conforme a esto, la opinión moral común sostiene que la actual ley nacional argentina que presume la condición de donantes por parte de toda la población, es inmoral... pues contradice la exigencia de que la donación sea un acto explícito. La cuestión está estrechamente emparentada con el tema que abordamos, pero como en sentido estricto no constituye el objetivo específico que me propongo analizar, me limito a mencionarla.

¹² *Ibidem*, p. 43.

¹³ Cfr. SGRECCIA, E., *Manual de bioética*, Ed. Diana, México, pp. 572 y ss.; el homicidio sería moralmente calificado en virtud del grado de indefensión extrema de la víctima, lo que constituiría una variante del viejo adagio *corruptio optimis pessima* (la degeneración de lo mejor es lo peor), ya que lo que tendría que ser un acto de caridad meritorio, acaba siendo uno de los peores asesinatos.

¹⁴ Cfr. CICCONE, L., *op. cit.*, pp. 321 a 323.

¹⁵ Cfr. Aguilera, P., *op. cit.*, p. 28; este influyente dictamen fue elaborado por la citada Comisión convocada por el Presidente Ronald Reagan, y al respecto vid. *Presidente's Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research: Defining death*, US Government Printing Office, Washington 1981 (el informe recomienda esta definición para redactar el *Acta de muerte*).

c) La Pontificia Academia de Ciencias¹⁶.

La muerte clínica exige el *cese irreversible de todas las funciones encefálicas*, cuya constatación exige la evidencia de inactividad no sólo en el cerebro, también en todo el tronco cerebral, lo que conlleva el comienzo de un inexorable proceso de necrosis encefálica.

Ya se anticipó que la *irreversibilidad* necesaria para dictaminar la *muerte clínica* no exige que la necrosis sea absoluta (*muerte biológica*)¹⁷; por tanto, excluida la necesidad de constatar la necrosis absoluta (que haría inviable toda donación de órganos vitales) los criterios esenciales para diagnosticar la *muerte clínica* del encéfalo, serían los siguientes:

- a) Ausencia de movimientos y respiración.
- b) Falta de respuesta a estímulos intensos¹⁸.
- c) Electroencefalograma plano.

Además, para evitar un *falso positivo* (dictaminar que un vivo está muerto)¹⁹, la certeza científica (distinta a la certeza moral) exige que estos tres criterios puedan acreditarse sin modificación sustantiva veinticuatro horas después; y también hace falta que se contemplen, con especial precaución, cuatro situaciones:

- a) Hipotermia²⁰.
- b) Depresión farmacológica no metabolizada del sistema nervioso central²¹.
- c) Estado de shock²².
- d) Niños menores de cinco años²³.

Cabe añadir que este concepto de *muerte clínica* al que aludimos, hasta la fecha encuentra respaldo implícito en *toda* la literatura médica mundial, pues ella no registra un solo caso de supervivencia a un electroencefalograma plano que, realizado bajo condiciones

¹⁶ Vid. la *Declaración sobre la definición de muerte*, en “L’Osservatore Romano” (31-X-1985).

¹⁷ Aguilera, P., *op. cit.*, pp. 30-31.

¹⁸ Síntomas claros son la pupila fija y dilatada que no responde a una luz intensa y la imposibilidad de provocar reflejos en los tendones; al respecto, y con más precisión, Aguilera dice: “Arreflexia de nervios craneales quiere decir falta de reflejos pupilar, cilio-espinal, calórico, vestibular, oculocardiaco, tos, deglución y respiración espontánea” (cfr. *Ibidem*, p. 35).

¹⁹ La determinación de que un muerto está vivo se denomina *falso negativo*; obviamente, es más grave el *falso positivo* que el *falso negativo*, pues el *falso positivo* implicaría el abandono terapéutico, la extirpación de órganos vitales (que matarían a la persona), el entierro de un vivo, etc.

²⁰ Cfr. *Ibidem*, pp. 30-31; “La cesación de las funciones encefálicas causada por drogas sedantes y anestésicas, puede ser completamente reversible aunque ellas produzcan electroencefalograma plano, de modo que no debe declararse la muerte clínica hasta que el tóxico sea metabolizado o se demuestre que ya no hay circulación; a lo dicho se añade que los criterios para el reconocimiento confiable de la muerte no son útiles en presencia de hipotermia, ya que no está claro si los exámenes de circulación que muestran disminución o cese de flujo en esta condición son confirmatorios de la muerte, y lo mismo en estados singulares de *shock*” (*Ibidem*, pp. 45-46).

²¹ Cfr. nota anterior.

²² Cfr. nota anterior.

²³ “En los niños pequeños el encéfalo tiene la resistencia al daño aumentada, y a pesar de una falta de respuesta al examen neurológico, pueden en períodos posteriores más largos que los de los adultos recuperar importantes funciones” (*Ibidem*, p. 46).

estrictas, haya sido concomitante con la ausencia total de reflejos del encéfalo completo²⁴.

II. Muerte clínica y muerte ontológica

La antropología filosófica define la vida (*in genere*) como la capacidad de realizar acciones inmanentes, intrínsecas, autónomas y auto-perfectivas²⁵. Un ser vivo es un cuerpo capaz de pasar *per se* de la potencia al acto por medio de acciones *inmanentes* que tengan como objeto al mismo sujeto que actúa²⁶.

Conforme a esto, los grados de inmanencia son tres: vegetativa, sensitiva y espiritual. La inmanencia vegetativa es la más próxima a los seres no vivientes... pero es vida, pues sus operaciones básicas (nutrición, crecimiento y reproducción) son *inmanentes*, es decir, autónomas y auto-perfectivas del individuo (aunque no de la especie). La vida animal añade a la inmanencia de la vida vegetativa las pasiones, y el conocimiento y deseo de lo sensible... pero, al igual que sucede con la vida vegetativa, su auto-perfección compete a los individuos (no a la especie).

La única inmanencia capaz de auto-perfeccionar la especie es la espiritual; por eso el hombre es objeto de su propia acción de manera eminente y, también, su inmanencia goza de singular dignidad. A diferencia de los castores que construyen con maestría sus diques, o los horneros sus nidos, o las abejas sus panales... pero con perfección instintiva que no admite para la especie progresos ni retrocesos, el hombre que comenzó habitando las cavernas de nuestro planeta en breve habitará las de Marte: la cultura es un grado de inmanencia que constituye un progreso no sólo del individuo, también de la especie.

Pero lo dicho no obsta a que los animales y vegetales también tengan vida, pues aunque no tengan cultura, sí gozan individualmente de inmanencia auto-perfectiva. Por ejemplo, un león no perfeccionará *per se* su especie... pero con el pasar de los años autónoma, progresiva e inexorablemente, alcanzará las perfecciones específicas que le competen.

Como contrapartida a lo dicho, hay que añadir que la muerte ontológica se manifiesta de modo contundente cuando hay un *cese irreversible de las acciones inmanentes*,

²⁴ Cfr. *Ibidem*, p. 34; de todos modos reiteramos que es necesario estar especialmente atentos cuando el cuerpo fue sometido a hipotermia, intoxicación por drogas depresoras y no metabolizadas del sistema nervioso central, bloqueo neuromuscular y shock; y también es necesario ser cautelosos al aplicar estos criterios neurológicos a la determinación de la muerte encefálica en niños (vid. *Definición de muerte* de la "President's Comisión...").

²⁵ Cfr. Aguilera, P., *op. cit.*, p. 55.

²⁶ En la filosofía las acciones son *inmanentes* o *transeúntes*. Lo que queda en el sujeto que realiza la acción es *inmanente*, y lo que sale de él es *transeúnte*. Así, por ejemplo, el carpintero que transforma madera en sillas logra progresivamente una habilidad artística que le es *inmanente* (*in manere: permanecer en*), pero las sillas son *transeúntes*; al respecto vid. las páginas pertinentes de YEPES STORK, R., *Fundamentos de antropología: un ideal de la excelencia humana*, Eunsa, Pamplona 1997.

intrínsecas, autónomas y auto-perfectivas. En la muerte humana tal *suceso* tiene lugar cuando el cuerpo deja de funcionar como un todo. Y digo *suceso* porque no caben posibilidades intermedias entre el ser y el no ser sustancial, ya que el principio de no contradicción es incompatible con la pretensión de ser y no ser al mismo tiempo un individuo de naturaleza humana; de modo que la muerte no es un *proceso* sino un *suceso* puntual en el tiempo: primero se está vivo, y luego, instantáneamente, se está muerto.

A lo dicho se debe añadir que el alma informa al organismo como un todo, pues no existe una forma sustancial (alma) para cada órgano. El alma es sólo una, y no se asienta en un determinado órgano, por lo que la pérdida de un órgano no es necesariamente sinónimo de muerte. No obstante, en el cuerpo humano existen órganos que tienen una mayor importancia para la disposición requerida en el todo a efectos de ser unificado y vitalizado por el alma; y en la ciencia actual el primer lugar le compete al *encéfalo*, el cual dirige y coordina el funcionamiento armónico de todos los órganos y tejidos. Por eso, hoy por hoy, se considera que una grave e irreversible destrucción del encéfalo completo (cerebro, cerebelo y bulbo raquídeo) obstaculizaría definitivamente al cuerpo para desempeñarse como un todo capaz de realizar acciones inmanentes auto-perfectivas, lo que trasladado al campo antropológico se traduciría del siguiente modo: el cuerpo ya no sería apto para que el alma resida en él informándolo y unificándolo²⁷.

Y me permito reiterar a los más neófitos que es de suma importancia práctica la distinción entre muerte encefálica (muerte del cerebro, cerebelo, bulbo raquídeo y demás componentes del encéfalo) y muerte cerebral (muerte del cerebro, pero no del cerebelo y el tronco encefálico), pues el muerto cerebral no está muerto en ninguna de los tres ámbitos científicos citados: clínico, biológico y ontológico²⁸.

En síntesis, entre todos los órganos existen algunos que son más influyentes que otros para hacer funcionar al organismo como un todo (no es lo mismo un ojo que el corazón). Y para la medicina actual el *encéfalo* es el principal, puesto que es el responsable de la coordinación y funcionamiento armónico de todos los órganos y tejidos en orden a configurar un único organismo. Y si el encéfalo sufre una alteración de magnitud suficiente para impedir irreversiblemente el funcionamiento armónico mencionado, esto será síntoma de que la corporalidad está indispuesta definitivamente para funcionar como un todo. Por tanto,

²⁷ Cfr. Aguilera, P., *op. cit.*, p. 51.

²⁸ También se podría distinguir la muerte encefálica y la muerte cerebral con otra terminología: *muerte encefálica* equivaldría a muerte cerebral *total* (cerebro, cerebelo, bulbo raquídeo y demás elementos del tronco encefálico) y *muerte cerebral* a muerte cerebral *parcial* (cerebro). Se debe añadir que si no hay muerte clínica, menos aún habrá muerte biológica, pues esta muerte exige la necrosis absoluta de todos los tejidos y células, lo que tiene lugar con posterioridad a la muerte clínica.

mientras la sustitución de la función de un encéfalo irreversiblemente dañado no sea resuelta por el progreso científico, la persona estará clínicamente muerta.

La muerte clínica es la que determina que un cuerpo dejó de funcionar como un todo, concepto que concuerda con el de muerte ontológica (cese irreversible de la capacidad de accionar de modo inmanente, autónomo, intrínseco y auto-perfectivo). Un cuerpo irreversiblemente incapaz de efectuar acciones inmanentes no es un cuerpo sino un cadáver en *proceso* de alcanzar la muerte biológica (descomposición y putrefacción total de cada célula y tejido). El cadáver no es un ser humano, sino un conjunto de seres sin unidad ontológica y funcional. En un cadáver no hay solo un ser sino varios (pero carentes de coordinación y armonía intrínseca). Y si se pregunta, ¿qué puede haber en un cadáver?, las posibilidades serían las siguientes:

- a) Un conjunto de órganos intrínsecamente carentes de coordinación, pero que mantienen su función en virtud de fuerzas externas (respirador artificial, por ejemplo).
- b) Un conjunto de *gusanos* u otros elementos vivos en proceso de necrosis total.
- c) Ambas cosas.

III. Conclusiones:

- La muerte clínica es un *suceso*²⁹.
- La muerte clínica no es un *proceso*³⁰.
- El funcionamiento del organismo como un todo (*sistema*) es el mantenimiento de las relaciones espontáneas e innatas de todos o la mayoría de los órganos (*subsistemas*)³¹.
- El cese irreversible del funcionamiento del organismo como un todo no se identifica con el cese de todas las funciones de todos los órganos, sino con la interrupción irreversible de las complejas relaciones funcionales entre los diversos órganos.
- El funcionamiento del organismo como un todo no es incompatible con el cese irreversible de órganos prescindibles³² o sustituibles³³.
- El organismo como un todo podría dejar de funcionar, y esto a pesar de que algunos órganos siguieran activos durante un tiempo³⁴.

²⁹ Lo que no obsta a que haya dificultades para determinar cuál es científicamente el instante preciso.

³⁰ Reitero que la muerte clínica no se configura cuando concluye el *proceso* de desintegración de todas y cada una de las células y tejidos (el cuerpo transformado en polvo cadavérico), ésta es la muerte biológica... la cual tiene lugar con posterioridad a la muerte clínica.

³¹ Me parece que pedagógicamente sería útil distinguir entre *organismo* (sistema) y *órgano* (subsistema).

³² Por ejemplo, la inactividad definitiva de uno de los riñones no impide la vida mientras el otro riñón funcione.

³³ La inactividad de los dos riñones puede ser paliada por un trasplante, diálisis, etc.

³⁴ Por ejemplo, si bien la *respiración voluntaria* cesa conjuntamente (o inmediatamente antes) del cese del funcionamiento del organismo como un todo, la ventilación artificial permite al subsistema de la *circulación*

- El estado de persona conciente es una evidencia irrefutable del funcionamiento del organismo como un todo, pero no el único, pues en los estados de inconciencia irreversibles el funcionamiento del organismo como un todo podría ser corroborado en virtud de otros criterios³⁵.
- “Lo más importante es que no se produzca un *falso positivo*, es decir, que se considere muerto a quien está vivo”³⁶; en cambio, de menor importancia (aunque indeseable) es el *falso negativo* que dictamina como vivo a un muerto³⁷.
- La muerte encefálica no se identifica con la muerte cerebral.
- La muerte cerebral es un requisito de la muerte clínica, pero no el único.
- Conviene explicar en todas las áreas de los conocimientos que se imparten en las universidades aquellas tesis tomistas que fundamentan racionalmente la afirmación de que la vida humana consiste en la capacidad de realizar acciones inmanentes, intrínsecas, autónomas y auto-perfectivas... y, especialmente, las que tratan sobre:
 - a) El alma en cuanto forma sustancial del cuerpo humano.
 - b) La unicidad de la forma sustancial³⁸.
 - c) El vínculo ontológico alma-cuerpo³⁹.
- Desde la perspectiva bioética al médico no le interesa determinar la muerte biológica sino la *muerte clínica*, es decir, aquella que nos advierte que el cuerpo se transformó en cadáver; y esto con independencia de que no se haya producido aún la muerte biológica, pues podría persistir algún tipo de actividad metabólica en células o tejidos que actúan sin coordinación recíproca⁴⁰. El momento de la muerte clínica coincide con el de la muerte ontológica, pero no con el de la biológica... que es posterior.

sanguínea persistir unas dos semanas más. Es decir, el subsistema circulación sanguínea no funciona artificialmente sino naturalmente, pues lo que funciona artificialmente, en este supuesto, es el subsistema respiratorio.

³⁵ Reacciones instintivas o sensibles, temperatura corporal, etc.

³⁶ Cfr. *Ibidem*, p. 23.

³⁷ Indeseable en cuanto sería ir más allá del *encarnizamiento terapéutico*.

³⁸ Si el alma es una, pero con tres dimensiones (vegetativa, sensitiva y racional), al haber manifestaciones de la presencia de alguna de estas dimensiones (por ejemplo, vida vegetativa por respiración autónoma), entonces hay vida humana... y la extracción de órganos vitales constituiría un homicidio calificado por el extremo grado de indefensión de la víctima; pero si las formas sustanciales son plurales (no un alma sino varias), y conviven un alma vegetativa, otra sensitiva y otra racional, entonces la postura sobre la extracción de órganos vitales a los descerebrados que sólo registran signos vegetativos o sensitivos, cambia... pues se podría alegar que si bien no se murió como vegetal o animal, sí se murió como hombre. Nosotros no adherimos a esta segunda postura (sustentada por la tradición nominalista que sigue a Duns Scoto), pues seguimos el criterio aristotélico-tomista avalado por la argumentación filosófica racional... cuya exposición excede las posibilidades de este escrito.

³⁹ Desde el punto de vista de la causalidad, el alma es *en* el cuerpo (causalidad material) y el cuerpo es *por* el alma (causalidad eficiente); y aunque para la existencia del ser humano es necesario que las dos causalidades sean concomitantes en su origen, el primado ontológico le pertenece a la causalidad eficiente.

⁴⁰ Cfr. *Ibidem*, pp. 20-21.

- Todas las conclusiones anteriores tienen que ver con las perspectivas atinentes a la antropología filosófica, a la biología y a la medicina; pero desde el punto de vista de la ética filosófica, aquella que regula la conducta prudencial, comparto la opinión que considera irrazonable exigir, al momento de extraer un órgano vital, la comprobación *directa* de la muerte encefálica como diagnóstico de *muerte clínica* de una persona, porque esto muchas veces requiere personal especializado y técnicas sofisticadas de las que no siempre se dispone... ya que no es lo mismo una ciudad que la selva, un país desarrollado que otro subdesarrollado, etc.
- Para la extracción legítima de un órgano vital, adhiero a la opinión de que en la mayoría de los casos un criterio ético suficiente sería comprobar *directamente* el cese irreversible de la función cardiorrespiratoria durante diez minutos, ya que si pese a los intentos de reanimación cardíaca y pulmonar el cuerpo no reacciona, *indirectamente* se tendrá una indiscutible certeza de la inevitable muerte encefálica⁴¹.
- La necrosis del órgano donado hace inviable una donación efectiva, y ante esto es necesario tener en cuenta dos extremos:
 - a) La irrazonabilidad de exigir, para extraer órganos vitales, que la persona esté muerta en los tres ámbitos: clínico, biológico y ontológico. Por tanto, para la extracción de un órgano vital sería moralmente suficiente constatar la muerte clínica y ontológica, pero no la biológica; o, con otras palabras, bastaría con acreditar la muerte del organismo (el todo) y no la del órgano (la parte que podría sobrevivir un tiempo *per se*, o por la fuerza externa de un respirador artificial u otra metodología científica). La distinción es de importancia, puesto que la muerte biológica implica la necrosis absoluta de todo el organismo, lo que haría inviable la donación de órganos vitales.
 - b) La irrazonabilidad de conformarse, para extraer órganos vitales, con la muerte cerebral (muerte del cerebro, pero no del cerebelo y el bulbo raquídeo), pues la simple muerte cerebral no constituye muerte en ninguno de los tres ámbitos: clínico, biológico y ontológico. Por tanto, el criterio de muerte cerebral es insuficiente para legitimar la extracción de un órgano vital a transplantar. Sólo la muerte encefálica (cerebro, cerebelo y todo el tronco encefálico) harían viable moralmente la extracción de un órgano vital. De lo que resulta que, extraer un

⁴¹ *Ibidem*, p. 57; “La completa cesación de la circulación en el encéfalo normotérmico del adulto por más de diez minutos es incompatible con la supervivencia del tejido encefálico; y la documentación de esta falla circulatoria es, por tanto, evidencia de muerte del encéfalo completo” (*Ibidem*, p. 45).

órgano vital a quien sólo sufre muerte cerebral, lejos de ser un simple homicidio trasgresor del juramento hipocrático y el Código Penal argentino (y demás normas legales que regulan la profesión médica), sería un homicidio calificado por el grave estado de indefensión de la víctima.
