

Hacia la elaboración de un criterio clínico de vida: el uso estratégico de las Neurociencias para exigir la legalización del aborto¹

La discusión en torno a la legalización del aborto se encuentra inextricablemente unida al concepto de persona. Si bien tal concepto no se trata de un hecho científico, sino de constructos éticos, morales, filosóficos, etc., se desarrolla en –y dentro de- un orden social que legitima el discurso científico como autoridad epistémica para respaldar dicha concepción. En particular, desde una perspectiva jurídica la información acerca de si un organismo cumple –o deja de cumplir- con los atributos necesarios para darle el estatus de persona, suele basarse en descripciones biológicas.

En otras palabras, en la cultura occidental la concepción jurídica de persona queda reducida a una interpretación biológica de la existencia humana que implica un inicio de vida y un fin (morir). Por tal razón, sea explícita o implícitamente, la acción de abortar abraza la disyuntiva simbólica de *hacer morir* o *dejar vivir*, y es encarnada en nuestra representación acerca de los procesos de gestación.

Considero que esta disyuntiva resulta del sistema de valores dicotómico que caracterizó la descripción del mundo propuesta por la ciencia moderna, implicando

¹ La siguiente ponencia es un extracto del artículo “NEUROCIENCIAS Y ABORTO: REINTERPRETANDO EL CONCEPTO JURÍDICO DE PERSONA DESDE UNA EPISTEMOLOGÍA FEMINISTA”, que será publicado en el próximo número de la Revista Jurídica de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires (en prensa)

una descripción de los criterios de vida y muerte como categorías excluyentes. Sin embargo, rompiendo con esta lectura dicotómica, caracterizaré la vida como un continuo, donde el punto de corte a partir del cual una persona dejaría de cumplir con los requisitos para “estar viva” es arbitrario, históricamente situado, sin parámetros biológicos “objetivos” que lo legitimen. Es decir, mostraré que las actuales nociones de vida y muerte no tratan de eventos precisos, definidos, y diagnosticables.

Sobre la base de estos hechos, utilizando el criterio clínico de muerte que hoy rige a nivel mundial, resultado de una medida necesaria en términos de salud pública, propondré que es igualmente necesaria la elaboración de un criterio clínico de vida. Evidenciaré que dicho criterio en el contexto actual, supondría considerar *el inicio* de la vida a partir de la semana veintiséis de gestación, momento en el cual comienza a registrarse actividad cerebral.

La muerte y la vida como eventos precisos

Podemos distinguir dos etapas en relación con el criterio de muerte y su proceso histórico. La primera etapa se basó en detectar signos positivos de muerte: rigidez cadavérica y putrefacción. Este hecho supuso problemas de orden higiénico y

epidemiológico, por un lado², y el horror ante la putrefacción de lxs seres queridxs, por otro³

Los conflictos asociados a un criterio de muerte centrado en los signos positivos de muerte, dio paso a lo que podemos calificar de una segunda etapa: el criterio de muerte comenzó a basarse en los signos negativos de vida. La ausencia de respiración y el cese del latido cardíaco equivalían a la muerte individual. Para la escuela hipocrática el fin de la vida lo informaba la ausencia del latido cardíaco⁴

El invento del estetoscopio por el médico francés René Laënnec en el año 1816, posibilitó que posteriormente se expandiera y sistematizara el cese cardiorrespiratorio como criterio de muerte. En efecto, durante el siglo XIX se creó la noción de “muerte clínica”, que significó comenzar a requerir de la intervención de una figura médica a fin de emitir un certificado legal que habilitara enterrar a la persona fallecida.⁵

De esta manera, la noción de muerte clínica se introdujo en el marco de los criterios científicos de la ciencia moderna y por razones de salubridad pública; dejando a un lado preceptos religiosos, la gestión de la muerte humana se reinterpretó en términos de diagnóstico clínico

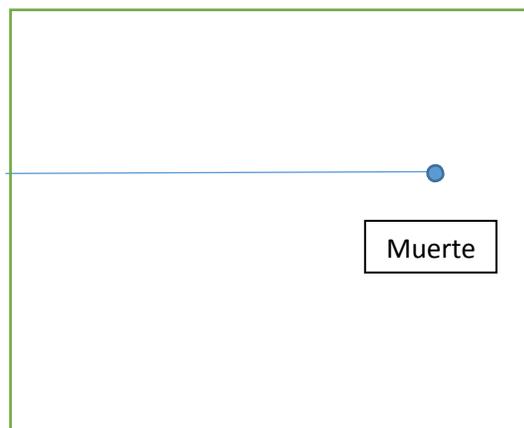
² Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. “Diagnóstico de Muerte”, Rev Méd Chile, 2004; 132: 95-107

³ Juan, Trueba. “La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio”. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (Supl. 3): 57-70

⁴ Pedro José, Sarmiento “¿Es la muerte cerebral realmente la muerte del individuo? Análisis de una compleja situación clínicobioética y de sus consecuencias” Persona y Bioética, vol. 7, núm. 18, enero-abril, 2003, pp. 25-46

⁵ Juan, Trueba. “La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio”. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (Supl. 3): 57-70

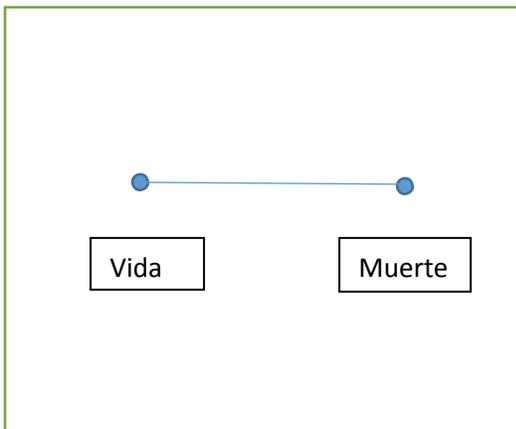
Por otro lado, a comienzos del siglo XIX aún predominaba la explicación que daba el vitalismo acerca de la vida. De acuerdo con ella, era la existencia de una misteriosa fuerza, por lo tanto “inaccesible de análisis”, lo que distinguía a los seres vivos de la materia inanimada. Predominaba la teoría preformista, de tinte religioso más que científico, que sostenía que los seres se encontraban preformados desde la eternidad. En términos gráficos, hasta mediados del siglo XIX, la interpretación acerca de la vida y la muerte podría esquematizarse de la siguiente manera:



El punto representa un evento preciso de muerte, primero sobre la base de signos positivos de muerte, luego centrado en los signos negativos de vida. En contraste, acorde con la teoría preformista, los seres se encontraban “formados” desde la eternidad y la vida no era caracterizada por presentar un punto preciso de origen. Este hecho cambiaría a partir del año 1858, con la publicación de la obra Patología Celular de Rudolf Virchow. Tal publicación, dio legitimidad a la teoría celular. Dicha teoría posibilitó que, incorporando la mejora tecnológica adquirida

en microscopia, el biólogo estonio Ernst Von Baer diera fin a la teoría preformista que, incluso el mismo, previamente había postulado en sus trabajos⁶.

La nueva visión respecto de la vida implicada en los postulados de Von Baer, considerado el fundador de la embriología moderna, supuso conceptualizar un inicio de vida, es decir, un evento preciso:



Me gustaría resaltar que, si bien la muerte en tanto evento preciso precedió a la ciencia moderna, será a partir de la concepción mecanicista del mundo introducida por ella, y en el marco del nuevo concepto de vida emergido tras los postulados de Von Baer, que vida y muerte serán nociones inscriptas en un sistema de valores dicotómico. En tal contexto, dichas nociones fueron interpretadas como eventos puros, identificables a través de signos “objetivos”.

La necesidad de un nuevo criterio de muerte clínica

⁶ Francis, Jacob *La lógica de lo viviente, una historia de la herencia*. (Trad. J. Senent). Barcelona: Tusquets Editores, 1990 (original en francés, 1970), p. 120

Hasta adentrado el siglo XX, la muerte cardiorrespiratoria se sostuvo como sinónimo de muerte individual. Sin embargo, el avance tecnológico facilitó el soporte artificial a través de la ventilación mecánica y el empleo de drogas vasoactivas. En consecuencia, pacientes con graves lesiones del sistema nervioso central podían permanecer “vivos” por un período de tiempo prolongado. Este hecho supuso dos problemas. El primero, que esta extensión de la vida, aparentemente de muerte irreversible, significaba dejar que los órganos perdieran funcionalidad y no fuesen aptos para utilizarlos en un trasplante posterior. El segundo conflicto, eran los costos económicos en relación con las tecnologías implementadas para la manutención y el uso de camas que impedían ser ocupadas por otros pacientes que tenían posibilidad de sobrevivida.

En 1959 dos profesores del Hospital de París, Mollaret y Goulon, introdujeron el concepto de “coma depasse” (coma sobrepasado) para describir un estado más allá del coma, en el cual un cerebro muerto se encontraba asociado a un cuerpo vivo.⁷ En el año 1967, el neurocirujano sudafricano Christian Bernard realizó el primer trasplante de corazón del que se tiene registro; extrayéndoselo, aun latiendo, a Oenise Anne Oaval, que tras sufrir un accidente su masa encefálica había quedado destruida, se lo transplantó exitosamente a Louis Waskanky.⁸

A partir de estos hechos, en 1968 un Comité de la Escuela de Medicina de Harvard (Ad-hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the

⁷ Pierre Mollaret & Goulon, "Le coma dépassé", *Rev. Neurol.*, 101: 3-15, 1959

⁸ Rodríguez del Pozo, "La determinación de la muerte. Historia de una incertidumbre", *JANO*, XLIV, 1036: 23-29, 1993.

definition of brain death), redefinió el coma irreversible como muerte encefálica, proponiendo que: la muerte encefálica correspondía al cese irreversible y completo de todas las funciones cefálicas; que la muerte encefálica podía ser diagnosticada; y una persona con muerte encefálica podía ser considerada muerta⁹. La justificación para tal propuesta versaba sobre dos argumentos principales: (1) Las mejoras en las medidas de resucitación y de apoyo han llevado a un aumento de los esfuerzos para salvar a los heridos de gravedad. A veces, estos esfuerzos solo tienen un éxito parcial, de modo que el resultado es un individuo cuyo corazón continúa latiendo pero cuyo cerebro está irreversiblemente dañado. La carga es grande en pacientes que sufren una pérdida permanente de intelecto, en sus familias, en los hospitales y en aquellos que necesitan camas de hospital ya ocupadas por estos pacientes en estado de coma. (2) Los criterios obsoletos para la definición de muerte pueden generar controversia en la obtención de órganos para trasplante¹⁰

La estandarización de los criterios para el diagnóstico por muerte encefálica se produjo en los EEUU en el año 1981, cuando se formuló una Declaración de Consenso emitida por una Comisión Presidencial (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and behavioral Research. Defining death.). En ella se afirmaba que "La muerte individual es muerte cerebral.

⁹ Report of the Ad Hoc Committee of The Harvard Journal of the American Medical Association 205: 337-340, 1968.

¹⁰ Ibid.

Muerte cerebral significa el cese irreversible de toda función del cerebro como totalidad, incluyendo el tronco cerebral”¹¹

En la primera etapa del criterio de muerte, basada en signos positivos de muerte, estábamos ante un punto definido, de certeza absoluta; efectivamente la muerte era un evento preciso. ¿Podemos apelar a la misma certeza en relación con los criterios de muerte basados en signos negativos de vida? Es decir, mediante el propio concepto de muerte clínica, cuyo objetivo es establecer un diagnóstico lo más pronto posible a fin de garantizar la utilidad de los órganos para transplante, por un lado, y minimizar los costos económicos, por otro ¿puede realmente diagnosticarse la muerte clínica? ¿Representa el avance tecnológico la posibilidad de garantizar este hecho?

La aparición de signos negativos de vida como un pronóstico de muerte clínica

Para determinar clínicamente la muerte cerebral se requiere establecer la etiología del coma irreversible, la ausencia de reflejos del tallo cerebral, y apnea. Existen numerosas variables que afectan la realización del examen clínico completo de muerte cerebral y, más aún, que pueden afectar los resultados, impactando en su validez que, necesariamente, requiere ausencia de ambigüedad.¹² La complejidad

¹¹ President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Defining Death*. Washington DC: Government Printing Office. 1981.

¹² Derek MacDonald et al, “The Role of Neuroimaging in the Determination of Brain Death” *J Neuroimaging* 2018;00:1-6. DOI: 10.1111/jon.12516

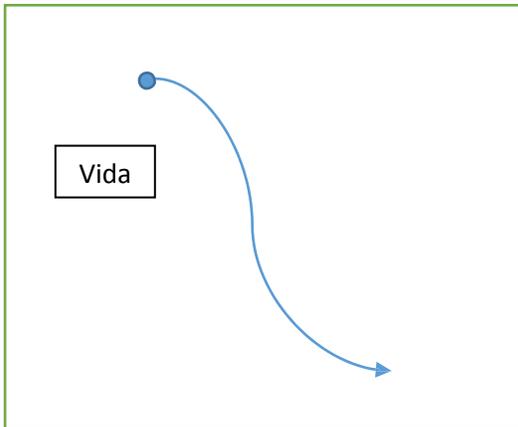
que supone controlar tales variables, explica una gran cantidad de trabajos orientados a evaluar cómo puede perfeccionarse el diagnóstico de muerte encefálica. En la actualidad, los test de imágenes auxiliare se presentan como una ayuda prometedora: “El establecimiento de una muerte cerebral temprana y precisa mediante una prueba auxiliar de neuroimagen reduce el riesgo de un diagnóstico incorrecto, mejora el trasplante de órganos y ahorra algunos de los valiosos recursos de atención médica”.¹³

Sin embargo, lo cierto es que aumenta la expectativa de vida, crece la demanda de órganos, y el diagnóstico clínico de muerte continua representando un problema de salud pública. En efecto, existe cierto escepticismo respecto de poder lograr certeza absoluta en dicho diagnóstico. Por tal razón, se ha sugerido que, más que de un diagnóstico, la muerte encefálica se trata de un pronóstico: ante ausencia de paro cardiorrespiratorio, se predice que, de haber muerte cerebral, la misma terminará provocando el cese de las funciones cardiorrespiratorias. En otras palabras, “el sujeto, probablemente, morirá en plazos variables, pero no nos dice que está muerto”¹⁴. En este sentido, la llegada inminente del cese de las funciones cardíacas y respiratorias, ocurre sólo en la medida que nada se haga por evitarlo

¹³ Derek MacDonald et al “The Role of Neuroimaging in the Determination of Brain Death” J Neuroimaging 2018;00:1-6. DOI: 10.1111/jon.12516

¹⁴ Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. “Diagnóstico de Muerte”, Rev Méd Chile, 2004; 132: 95-107

La existencia de este tipo de proyecto, evidencia que la noción de irreversibilidad debería considerarse como una forma transitoria de describir ciertos estados fisiológicos, potencialmente susceptibles de ser revertidos en función del avance científico-tecnológico. Más aun, conociendo los cambios que en este sentido ocurrieron en relación con otros órganos vitales, ¿por qué no pensar que el día de mañana puede ser factible la *reanimación cerebral*? Sin embargo, el avance tecnológico y la necesidad de nuevas políticas sanitarias produjeron un cambio conceptual donde los signos positivos de muerte fueron caracterizados como “seguidos a la muerte”. La muerte entonces se redefinió en relación con los signos negativos de vida. Desde entonces, la pérdida *progresiva* de tales signos dará muerte a un cuerpo cuya rigidez cadavérica y putrefacción pueden caracterizarse como *signos post-muerte*. Al tratarse de una acumulación progresiva de signos negativos de vida, resulta más acertado referirnos a un pronóstico de muerte; a partir de cierto cuadro clínico, que varía históricamente en relación con el avance tecnológico y la necesidad de las nuevas políticas de salud pública que dicho avance trae aparejado, se evalúa si una persona está ante un proceso de muerte clínica, que *probablemente* llegará a término, pero no necesariamente. Sobre la base de estos hechos, propongo el siguiente esquema:



Donde la muerte como evento preciso se desvanece, y la caída de la curva representa el aumento progresivo de los signos negativos de vida. Notar que en la representación, esa caída tiende al “infinito”, es decir, no hay un punto al final porque equivaldría a un diagnóstico de muerte que, como anteriormente describí, sólo es posible ante los signos post-muerte.

Desde un pronóstico de muerte clínica hacia un pronóstico de vida clínica

muerte y vida comienzan a tener puntos de contacto: conformando un sistema binario que implica dependencia ontológica, existen solapamientos donde un término se define en función de otro. En mi opinión, tal reinterpretación se extrapola directamente en la clínica: si existe un criterio clínico de muerte, también existe un *criterio clínico de vida*. En otras palabras, si la muerte clínica se define como la acumulación de una serie de signos negativos de vida, podemos definir el concepto de *vida clínica* como la *pérdida progresiva* de los signos negativos de

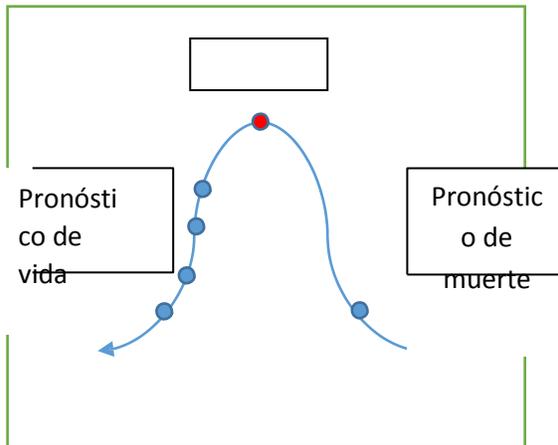
vida. En línea con el marco médico-legal respecto del criterio de muerte clínica, debería crearse un criterio de vida clínica estandarizado.

En este sentido, la pérdida progresiva de signos negativos de vida llegaría a su punto de inflexión con el *comienzo* de la actividad cerebral, o vida encefálica. Subrayo nuevamente que, al introducir el término de “progresión”, asumo que los conceptos clínicos se definen a la luz de la reinterpretación hecha para las propias nociones de muerte y vida, es decir, como procesos. El interrogante que surge entonces es cuándo comienza la actividad cerebral. Sería contradictorio sostener que existe un momento preciso en el cual comienza. Sin embargo, aun caracterizando el comienzo de dicha actividad como un proceso, podemos identificar tiempos estimativos en los que puede registrarse actividad cerebral.

A saber; se registra actividad en la corteza, indicando que la conexión funcional entre corteza y periferia se inicia a partir de entonces, entre las semanas 26 y 28; según recientes hallazgos, la respuesta cortical al dolor se registra alrededor de la semana 25. Sin embargo, en este punto hay controversias, dado que se ha propuesto que incluso después de la semana 25 el feto no es capaz de sentir dolor por las altas concentraciones endógenas de sustancias sedantes y analgésicas; la aparición de patrones sueño-vigilia, como resultado de la maduración del tronco cerebral, se registran a través de EEG en la semana 30 de gestación¹⁵ Sobre la base de estos hechos, y desde un plano netamente clínico, podemos caracterizar los procesos de vida y muerte como un continuo donde el proceso *hasta llegar a la*

¹⁵ 33Aida Salihagic Kadic, Asim Kurjak, “Cognitive Functions of the Fetus”, *Ultraschall in Med* 2017; 38: 181–189

vida equivale al registro de actividad encefálica. Es decir, a partir de la semana 26. Un esquema que dé cuenta de estos hechos sería el siguiente:



El único evento preciso y delimitado, al fundarse en criterios normativos, es el concepto jurídico de persona. A partir de que se es *persona (punto rojo)*, la acumulación progresiva de los signos negativos de vida se encuentra representada por la parte descendente de la curva. El extremo tendiente al infinito no representa la trascendencia, o el paso a la eternidad. Como describí en el esquema anterior, refleja que la muerte es un proceso, y la certeza absoluta del fin de la vida trataría de signos post-muerte. El punto que indica un pronóstico de muerte es contingente, históricamente situado, y arbitrario; representa qué condición es suficiente hoy para decretar la muerte clínica. En el actual contexto, se trata de la muerte encefálica. Nuevamente, la muerte clínica no es sinónimo de muerte, en el sentido de no poder asegurar que, una vez hecho dicho pronóstico,

indefectiblemente aparecerán los signos post-muerte. En cambio, *pronostica* el devenir de tales signos.

En el mismo sentido, la vida clínica, sinónimo de persona en términos jurídicos, sería equivalente a la semana número 26 de gestación. En otras palabras, cuando desaparece el signo negativo de vida que al otro lado de la curva sirve para trazar un límite, arbitrario, entre persona y muerte clínica, deberíamos considerar que se *llega a ser* persona. Por el contrario, anterior a esa semana de gestación, todos los puntos presentes del lado ascendente de la curva representan ***pronósticos de vida***. En otras palabras, no existe vida clínica. En contraste, es probable que se llegue a cumplir con los requisitos para ser sujeto de derecho, *pero no es factible dar un diagnóstico de vida clínica a partir de dicha probabilidad*.

En efecto, podría ocurrir cualquier evento que impida llegar a la semana 26. De esta manera, la semana 26 trazaría un límite entre pronóstico de vida y persona jurídica (o vida clínica). El hecho de que no exista un evento preciso que dé inicio a la vida, por fuera del criterio de vida clínica, refleja que no existe un inicio puntual de vida. Sin embargo, es evidente que, a diferencia de la noción de muerte, que es seguida de signos post-muerte, *la vida no es precedida por descripciones biológicas que den cuenta de signos pre-vida*.

En definitiva, considerando que la noción de muerte clínica encuentra su origen en la emergencia de nuevas políticas de salud pública, el concepto de vida clínica se vuelve necesario, y debe ser interpretado, en el mismo sentido. Desde la actual

perspectiva cerebro-centrista, tal concepto debería definirse en torno al comienzo de la actividad cerebral