



Vivencias ante la muerte e interpretaciones en torno a la utilidad del cadáver del Potencial Donante de Órganos entre Médicos Intensivistas de un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires

LENIN DE JANON QUEVEDO

Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica Argentina

Correspondencia:

Lenin De Janon Quevedo

Av. Alicia Moreau de Justo 1600, Edificio "San José", 3^{er} Piso (C1107AFB), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: ldejanonquevedo@uca.edu.ar

Conflicto de intereses:

El autor no reporta conflicto de intereses.

Palabras clave

- procuración de órganos
- muerte encefálica
- donante cadavérico
- donación de órganos
- utilidad del cuerpo
- vivencias de médicos
- investigación cualitativa

Resumen

Introducción: Los sentimientos mezclados impiden al médico identificar al potencial donante de órganos, de ahí que adquieren importancia las vivencias negativas ante la muerte y la noción de "no cosificación" del cuerpo.

Objetivos: a) Explorar vivencias de médicos intensivistas frente a la muerte y ante el diagnóstico de muerte encefálica y b) recopilar sus opiniones en torno a la utilización del cadáver.

Diseño, ámbito y participantes: Investigación cualitativa, prospectiva, descriptiva; con muestra intencional y saturada. Información recolectada mediante entrevistas en profundidad. Participaron médicos de áreas críticas de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resultados: La muerte significó: algo ajeno al médico, de percepción clínica, el cese de funciones cerebrales, de definición legal o práctica. La muerte encefálica representó un momento de la muerte, de diagnóstico impreciso, determinado por métodos clínicos e instrumentales. Retirar el respirador mecánico bajo muerte encefálica requiere el acuerdo familiar. El cadáver se dispone según la voluntad del fallecido, de la familia y del médico; puede usarse con respeto como material biológico. El cadáver debe donarse, porque no es mercancía, aunque podría ser vendido por fines nobles; tiene valor *per se*, para la familia y para el sistema de salud. Verlo como bien útil no reportaría beneficios. Su manipulación no se vio como ensañamiento, y sí como ayuda para la familia.

Conclusión: La muerte, aunque percibida antes de su diagnóstico, fue difícil de explicar y fue negada entre los participantes. El diagnóstico de muerte encefálica no fue unánimemente considerado certero. La disposición del cadáver podría incluir su comercio.

Key words

- organ procurement
- brain death
- cadaveric donor
- organ donation
- usefulness of corpse
- physicians' life experiences
- qualitative research

Abstract

Background: Identification of potential organ donor is blocked by mixed feelings of physicians, thus, negative experiences with death and the idea of "no objectification" of the human body become important.

Objectives: a) to explore life experiences of ICU physicians about death and diagnosis of brain death; and b) to collect their opinions about the uses of the cadaver.

Design, place and participants: Qualitative, prospective and descriptive research with intentional-saturated sampling. Data collection was based on in-depth interviews. ICU physicians from a Buenos Aires City Hospital were included.

Results: Death meant something stranger to physicians; it was represented as: clinical perception, cessation of brain functions, legally or practically defined. Brain death was an uncertain diagnosis conceived as a death's moment, detected by clinical and ancillary methods. Under brain death, withdrawing of mechanical ventilator requires family agreement. Disposition of the corpse depends on the will of deceased, the family or doctors; if it is respected, it can be used as biological material. The cadaver should be donated because it is not a commodity; however, others think it could be sold for noble goals. Corpse has value *per se*, for the family and for the health system; there would not be benefits when it is viewed as a useful good. Procedures on a cadaver were seen as family's aid and not as cruelty.

Conclusion: Death, although perceived previously to be diagnosed, was difficult to explain and it was denied among the physicians. Brain death was not unanimously considered an accurate diagnosis. The disposition of cadavers could involve their trade.

Introducción

Los trasplantes de órganos y tejidos se han convertido en instrumentos cada vez más aptos para cumplir con el objetivo de la medicina moderna: servir a la vida humana. El cadáver humano se instituyó en una fuente éticamente aceptable de órganos a finales de la década de 1960, luego de que su uso permitiera disponer de órganos sin hacer daño a individuos vivos y sanos. Medio siglo después, la escasez de órganos constituye un problema dramáticamente práctico. Ello se constata en largas listas de espera, con enfermos cuyas únicas posibilidades de supervivencia dependen de pocas donaciones que no satisfacen las necesidades objetivas. Por tal motivo, el incremento de la disponibilidad de órganos viables es uno de los retos más acuciosos para los sistemas de procuración.¹⁻⁴

Siempre que no haya ninguna contraindicación médica ni legal, cualquier fallecido en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) podría ser un potencial donante (PD) de órganos y tejidos.⁵ La procuración debe encarar las dos barreras más importantes que impiden la obtención de órganos a partir de esos cadáveres: la negativa familiar y la dificultad por parte del equipo médico para identificar al PD.^{6,7} La falta de información, los sentimientos mezclados y los pre-

juicios, serían el fundamento de algunas reacciones adversas que manifiestan los profesionales frente al planteo de la donación.⁸ Sin embargo, estas vivencias no son ajenas a las que experimenta cualquier ser humano que tiene que enfrentar la muerte, que para el caso, es el diagnóstico al cual el médico intensivista o emergentólogo debe llegar antes de activar la procuración. Mientras más joven y más previamente sano fue el fallecido, más probabilidades tendrá de convertirse en un PD.⁵

Para la ablación con corazón batiente, el deceso es identificado a través de los criterios neurológicos. En la Argentina, se contemplan estos criterios en la ley que regula la actividad de trasplantes de órganos y tejidos (art. 23 de la Ley 24.193). Identificar al fallecido acorde con los criterios neurológicos significa no solo comprender su metodología diagnóstica, sino también asumir la responsabilidad médica, legal, antropológica y ética que comprende esta forma de detección.

En un estudio nacional de 2004, Bustos et al. reportaron que la relación entre los diagnósticos de paro cardíaco (PCR) y de muerte encefálica (ME) era de 1,2 a 1.⁹ En 2006, Gherardi et al., sobre una investigación realizada en el Hospital de Clínicas "José de San Martín", de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, encontraron que la ME se diagnosticaba 19 veces me-

■ Vivencias ante la muerte e interpretaciones en torno a la utilidad del cadáver del Potencial Donante de Órganos entre Médicos Intensivistas de un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires

nos que el PCR, además, que la abstención del soporte vital se visualizaba moralmente distinta de su retiro; sugiriendo indagar sobre esta diferencia de percepción.¹⁰ Valdría preguntarse si la limitación del tratamiento—expresado vía retiro o suspensión del soporte vital toda vez que este haya demostrado ser ineficaz y desproporcionado— se asociaría con algo distinto al “permitir morir”—acto médico por demás humano, sin cuestionamientos éticos, que evita caer en el ensañamiento—. Por otro lado, en la Argentina hay PD detectados que no pueden ser aprovechados debido a su mal mantenimiento, y a la negativa familiar para la ablación, la que ha llegado a exceder el 50% de las entrevistas realizadas.⁶

El tradicional pensamiento occidental (con excepción de los Estados Unidos y partes de Australia) es que, sobre el cuerpo humano no rigen normas de propiedad ni de pertenencia como las que rigen sobre un objeto.¹¹ El médico de UCI deberá sopesar esta noción a la hora de reconocer que el cuerpo de quien ha certificado estar muerto es, de no mediar contraindicaciones, fuente de un recurso terapéutico escaso, irremplazable y necesario como son los órganos. No sin antes, el profesional deberá admitir que su paciente, a quien le dedicó esfuerzo y horas de trabajo, ha fallecido.

Objetivos

Este trabajo se planteó: a) explorar vivencias de médicos intensivistas ante la muerte en general y ante el diagnóstico de ME en particular; b) recopilar, entre los profesionales, opiniones asociadas a la utilización del cadáver humano.

Diseño

Investigación cualitativa, prospectiva, descriptiva y de naturaleza etnográfica. Se tomó una muestra intencional, que contuvo informantes clave y mantuvo la representación de los subgrupos naturales. El tamaño de la muestra dependió de la saturación informativa.^{12,13} Los datos fueron recopilados por medio de una entrevista en profundidad,¹⁴ con preguntas abiertas encauzadas por un formulario guía donde constaban ítems sobre: la exactitud y la ayuda tecnológica para el diagnóstico de la muerte, la confianza en el diagnóstico de ME, las consideraciones en torno a la realidad física del cadáver de un PD, el valor que el profesional u otros le otorgan, su utilización, su mercantilización y significación como proveedor de órganos. Se entendió como PD de órganos a todas aquellas personas que fallecen en la UCI en situación de ME y que no presentan ninguna contraindicación médica ni legal para la donación de órganos y tejidos.⁸ No se incluyeron los PD a corazón parado. Tampoco fueron considerados

como PD aquellos enfermos con Glasgow <7. Algunos participantes hablaron espontáneamente sobre el retiro del respirador mecánico en los pacientes con ME. Todas las entrevistas fueron ejecutadas por el mismo investigador en el transcurso del mes de febrero de 2011; estas fueron individuales, una por médico y no insumieron más de una hora. Se grabaron utilizando códigos para mantener el anonimato del participante, luego fueron desgrabadas y transcritas. Las respuestas se analizaron fenomenológicamente y se categorizaron. Las grabaciones fueron posteriormente desechadas. La investigación contó con la revisión del Comité de Ética del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Todos los participantes firmaron previamente un consentimiento informado.

Ámbito

El estudio se realizó entre médicos de la Unidad de Terapia Intensiva y la Sala de Reanimación y Shock del Hospital General de Agudos “Donación Francisco Santojanni”, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que cumplimentaba las características de institución de categoría I A (hospital general con UCI, neurocirugía 24 horas y centro de referencia zonal o regional). Los profesionales fueron visitados en su lugar de trabajo, donde se buscaron sitios tranquilos que permitieran el intercambio de vivencias. Solamente un participante solicitó tener el encuentro fuera del hospital, que se realizó en el café de enfrente.

Participantes

El criterio de inclusión fue ser médico de área crítica, afectado a la asistencia de pacientes y con posibilidad de identificar directamente a PD. De una población total de 28 profesionales, el número final de la muestra consistió en diez (10) participantes; cifra con la que se consiguió la saturación informativa según el diseño inicial. Hubo 3 mujeres y 7 varones, con edades entre 37 y 57 años (promedio 46), con antigüedad de ejercicio profesional entre 13 y 31 años (promedio 20). Todos eran casados o divorciados, padres o madres con 1-3 hijos. Todos eran especialistas en Terapia Intensiva, algunos con otras especialidades o cursos, como Cardiología, Clínica Médica, Medicina Legal, Cuidados Paliativos, Medicina Estética, Administración Hospitalaria, Psicoanálisis, Pedagogía. Algunos tenían formación en procuración de órganos. Dos trabajaban en el sistema local de procuración. Dos desempeñaban también tareas de conducción. Ocho se identificaron como católicos, uno como judío y uno sin creencia religiosa. Ninguno experimentó una situación de trasplante de órganos en sí mismo, ni en sus allegados.

Resultados

A continuación, se exponen los resultados categorizados acorde con el análisis de los datos obtenidos y acompañados por ciertos testimonios a manera de descripción.

El significado de la muerte

Los participantes respondieron excluyendo a la muerte de la cotidianeidad médica

“yo trabajo sobre los vivos, no sobre los cadáveres”.

O como una percepción clínica compleja para precisar y difícil de explicar

“uno tiene la percepción de que una persona está muerta más allá del aparato”.

También, como el fin de la existencia asociada al cese de las funciones cerebrales

“la transición entre vida y muerte es darme cuenta que esa persona ya no tiene el ser a nivel cerebral”.

La definición de la muerte

A la muerte se la identificó con una realidad determinada por la ley

“tenemos parámetros legales para decir que una persona está muerta”.

que requiere de la recepción familiar

“como hay tiempos para establecer la muerte, los hay para que la familia vaya entendiendo”.

donde la necesidad práctica determinaría una muerte cerebral y otra general

“es lógico que si va a ser donante, se haga la ablación, la desconexión y la muerte general, además de la cerebral”.

o un momento legal y otro práctico

“el momento legal es cuando firmo el acta de defunción... el otro es cuando empiezo el mantenimiento del cuerpo”.

El diagnóstico de ME

La ME sería uno de los momentos de la muerte. Para su diagnóstico bastaría la percepción clínica

“yo creo ¡que sí, está muerto! después me lo confirmará o no el otro equipo”.

Sin embargo, predominantemente se consideró que la certeza de la ME requiere de métodos objetivos, aplicados por profesionales con experiencia y conforme a la ley. No obstante, hubo quienes consideraron que la tecnología no eliminaba la incertidumbre del diagnóstico de ME

“puede haber un 0,1% de algo que no sea específico y que sea raro”.

aunque no habría otra opción que aceptarlo a pesar de la desconfianza

“en realidad no se podría decir que es del 100% seguro, pero ¡es lo que hay!”.

El retiro del respirador mecánico

Se manifestó la idea de que retirarlo en pacientes con ME, se asociaría a “dejarlo morir” y le faltaría el respeto a las familias que solicitan la continuación

“sabía que estaba en ME, pero me parecería que debía respetar el deseo familiar de tenerlo unas horas más”.

En la Tabla 1, se resumen las vivencias relacionadas con la muerte.

Disponibilidad del cadáver según la voluntad del fallecido

Se puede disponer del cadáver siempre que se respete la voluntad del fallecido

“a la persona la tenés que respetar... hacer lo que hubiese querido... no disponer como a mí se me antoja”.

La disposición de la persona sobre su cadáver sería igual al derecho de propiedad que ejerce sobre su cuerpo y se debería indagar la opinión del fallecido en referencia a la donación. Nada –ni siquiera la necesidad de órganos– justificaría contradecir la opinión del fallecido

“si no quiso donar, ¡no dona!”.

aunque sería egoísmo el estar en condiciones de donar y no hacerlo.

Disponibilidad del cadáver según otras voluntades

La familia, al conocer los valores del fallecido, podría opinar sobre el destino del cadáver

“tomar en cuenta a la familia, es creerle que te dice la verdad”.

Una forma de reacción ante la muerte sería disponer que no se toque el cuerpo. Se manifestó que el médico era quien, en definitiva, tomaba la decisión

“la familia influye, pero termina decidiendo el médico”.

o que la disposición del cuerpo tal como material biológico demandará un cambio de mentalidad.

Uso del cadáver

El cadáver permite ser usado y su respeto exige limitaciones, admitiéndose el uso para donación o estudio

“se va a terminar pudriendo... se le puede buscar uso, pero siempre respetando a la persona que fue”.

Es un bien útil, para usarlo con restricciones.

Mercantilización del cadáver

Se expresó que el cuerpo no puede ser mercancía; por lo tanto, se excluye la comercialización. Que la

- Vivencias ante la muerte e interpretaciones en torno a la utilidad del cadáver del Potencial Donante de Órganos entre Médicos Intensivistas de un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires

imposibilidad de poner precio a la “sacralidad” de la vida sería el fundamento para la donación

“por su sacralidad, el cuerpo debe mejorar o salvar otra vida, es un acto voluntario y de entrega”.

Estaría admitida la compra-venta de los cuerpos para fines de investigación, estudio o educación.

El cadáver como bien útil

Esta interpretación tendría como fin aumentar la disponibilidad de PD; para otros esta visión aumentaría las comunicaciones a la procuración, pero no los PD. También se consideró que verlo como bien útil induciría sospechas negativas sobre la calidad de atención y perdería candidatos a expresar la voluntad de donación en vida. Además, se observó que el concepto de bien útil se lo considera no atinado

“suen a algo comercial, lucrativo, presta a confusión”.

Manipulación del cadáver

Manipular un cadáver no es un ensañamiento
“se encarniza a una persona viva, esto es un cadáver”.

O bien la familia vería la manipulación como un sufrimiento que generaría cierta ayuda

“mantener al cadáver PD puede generar sufrimiento a la familia, pero da la posibilidad del duelo”.

Condiciones extramédicas que impiden ver al cadáver como PD

Bastaría que sea persona para ver al cadáver como PD, aunque su pertenencia a ciertas colectividades dificultaría la donación, sin que esto influya en la propuesta que debe hacer el médico.

Valor del cadáver

Este vendría dado por la persona que fue
“¡fue una persona!, merece respeto”.

O por los órganos que contiene
“es estrictamente un órgano y debe ser conservado”.

también, por poder donarse y continuar con el circuito de la vida, por la apreciación de la familia o por el uso para una estructura que trasciende lo humano

“el valor intrínseco es la utilidad adquirida de acuerdo a la ciencia...ésta ¡nos trasciende!”.

En la Tabla 2, se detallan las interpretaciones en torno a la utilidad el cadáver.

Discusión

De acuerdo con la norma del donante muerto (*dead donor rule*), el PD debe ser declarado muerto antes de remover cualquier órgano vital para ser trasplantado.¹⁵ Esto implica que el médico deberá cerciorarse del fallecimiento de su paciente, para poder concebir a ese cadáver como fuente de órganos. Pero ¿cómo entender que el cuerpo de alguien muerto pudiera ser útil, en momentos en que muchos intensivistas no ven otra

TABLA 1
Vivencias relacionadas con la muerte

Significado de la muerte	Es ajena al actuar del médico
	Es percepción clínica
	Es el cese de las funciones cerebrales
Definición de la muerte	La define la ley
	La define la recepción familiar
	La definen las necesidades prácticas
Diagnóstico de ME	Detección de un momento de la muerte
	Resultado de una percepción clínica
	Conclusión de métodos objetivos
	Exige profesionales experimentados
	Aplicación del protocolo y de la ley
Retiro del RM en pacientes con ME	Incertidumbre
	Aceptación con desconfianza
	Se considera dejarlo morir
	Es una falta de respeto a las familias

ME: muerte encefálica, RM: respirador mecánico.

TABLA 2
Interpretaciones en torno a la utilidad del cadáver

Significados del disponer del cadáver	Expresión de la voluntad del fallecido
	Ejercicio del derecho personal de propiedad sobre el cuerpo
	Conocimiento de la voluntad de donación del fallecido
	Límite que impide contradecir la opinión del fallecido
	Egoísmo de quien tiene condiciones y no dona
Voluntades que disponen del cadáver y son ajenas al fallecido	La familia dispone
	La reacción ante la muerte define la disposición
	El médico dispone
Uso del cadáver	La disposición es igual a la de cualquier material biológico
	Posible con restricciones determinadas por el respeto
	Posible para la donación de órganos o para estudio
Mercantilización del cadáver	Igual a la de cualquier bien útil
	Imposible: el cuerpo no es una mercancía
	Permitida solo la donación, puesto que carece de precio al igual que la vida
Efectos de ver al cadáver como un bien útil	Los fines nobles permitirían la comercialización de cuerpos
	Aumentarían los PD
	Aumentarían las denuncias, pero no los PD
	Induce a sospechar la calidad de atención
Manipulación del cadáver	Disminuiría las expresiones de voluntad de donar
	No es atinado, es confuso
	No es ensañamiento
Condiciones no médicas que impiden ver un cadáver como PD	Es sufrimiento con beneficio para la familia
	La pertenencia a grupos étnicos complica la donación sin afectar la propuesta del médico
	Ninguna - si fue persona puede ser PD
Valor del cadáver	Es inherente a la persona
	Es dado por los órganos que contiene
	Es dado por su posibilidad de ser donado
	Es dado por la familia
	Es dado por una estructura transhumana (ciencia)

PD: potencial donante de órganos

cosa más que un fracaso profesional porque, pese a sus agotadores esfuerzos para salvar vidas, sobreviene la muerte?¹⁶ Un intento para contestar esta pregunta sería conocer las vivencias que los médicos de las UCI experimentan en aquellos instantes. Así, estaríamos adentrándonos en el mundo de las representaciones.

Eso es lo que se ha pretendido hacer con este trabajo que recurre a un instrumento pobremente difundido en la medicina crítica, me refiero al método cualitativo (MCL). El MCL admite la subjetividad (otrora impensable en investigación) y no pretende una metaposición del investigador; por el contrario, este interactúa con los sujetos investigados. Del investigador depende la selección de los datos y su ordenamiento en función de las prioridades que establece.¹⁷

La herramienta cualitativa permite identificar la dimensión social o cultural de determinados problemas en el ámbito de la salud. Asimismo, expande el entendimiento, abarca experiencias, creencias o actitudes existentes;¹⁷⁻²⁰ áreas donde los métodos basados en la estadística se quedan casi siempre estrechos.¹⁷ El MCL hace de los discursos su objeto de estudio, sustituyendo la cuantificación por el análisis e interpretación del lenguaje; se ocupa del nivel colectivo y complementa los niveles de la investigación clínica (individual) y básica (subindividual).²¹ De igual modo, valida todas las respuestas sin importar su frecuencia, produciendo consideraciones más complejas y ricas que aquellas posibles a partir de solo datos cuantitativos.²²

Este estudio no pretende conocer la totalidad de las vivencias médicas, ni tampoco es ajeno a las restricciones propias de cualquier investigación, pero con la ayuda del MCL utilizado, se pudieron captar situaciones que, a mi entender, aportarían dificultades a la hora de identificar a un PD: una sería la negación de la muerte y otra sería la autoridad del médico en decisiones sobre el final de la vida de sus pacientes, concretamente en la disposición del cadáver.

No es de extrañarse que los médicos de las UCI intenten alejarse de la muerte, ya que contactarse con quien va a morir recuerda que la muerte es un fenómeno humano universal y evoca nuestras propias preocupaciones.²³ Confrontarla es uno de los acontecimientos más ansiógenos de nuestra profesión, ya sea por haber sido poco contemplada por la currícula universitaria,²⁴ o porque, en la formación en la Residencia, se transmitió la sensación de que el final de la vida no tiene interés clínico, no merece atención, ni requiere entrenamiento especial;²⁵ dado que, en el fondo, la muerte contradice lo que Callaham (2000) denomina el “imperativo de la inmortalidad” de la medicina moderna, fortalecido por la creencia popular de que los cuidados críticos son el epítome de la destreza científica y técnica.²⁶ La realidad –captada a través de las vivencias– es que los médicos más frecuentemente expuestos a la muerte no presentan menos miedos que los menos expuestos.²⁷ Es más, la pérdida y separación que implica la muerte de personas a quienes se ha cuidado es absorbida con emociones desgarradoras.²⁸ La negación de la muerte conllevaría a perder la concepción holística de la persona y a tomar por el camino de la compartimentación. Un ejemplo es el recurrir a la ley para definir una realidad que la biomedicina (vía criterios neurológicos, cardiocirculatorios o respiratorios) con certeza científica ha conseguido determinar, y sobre la cual se basan las interpretaciones jurídicas, antropológicas y éticas; puesto que la única posibilidad de existencia del individuo humano es el *ser corporal*. La compartimentación –propia de la metafísica cartesiana– es la aplicación de la mecánica sobre la persona^{29,30} y está en el fondo del debate aún persistente entre defensores de diferentes corrientes anatómicas que fundamentan los criterios neurológicos, sean estos según la muerte de la neocorteza, el tronco encefálico o la totalidad del cerebro.³¹ Consecuencia de la compartimentación sería que los médicos continúen sin asumir a la ME como la “muerte del individuo”,³² situación que expone al riesgo del ensañamiento.

El ensañamiento está injustificado en su acción, finalidad o cualquier circunstancia; es un ejercicio de la fuerza sobre la vida del más vulnerable y va ligado a la autoridad. Esa misma autoridad que tienta al médico a tomar unilateralmente decisiones relacionadas con el soporte vital en situaciones de irreversibilidad, o definir por el destino del cuerpo de su paciente muerto; fiel reflejo de una relación de paternalismo duro³³ que, considerando los reportes de Azoulay (2004, 2005), no

es exclusivo de nuestra realidad local.^{34,35} Un paternalismo que restringe, acaso si anula, el cumplimiento de la voluntad expresada en vida del fallecido de disponer de su cuerpo muerto según sus deseos. En caso de que esta voluntad no fuese conocida podrá ser reemplazada, por sobre toda presunción, por la de la familia.

El cumplimiento de la voluntad, hoy contemplada entre los derechos personalísimos del individuo y garantizados por el sistema normativo argentino, va ligada al sentimiento humano de la trascendencia, que por medio de la cultura ha manifestado el hombre desde sus primeros vestigios de humanidad. No fueron indiferentes ante sus muertos ni el hombre de Pekín, ni el de Neandertal, y menos aún el *Homo sapiens*, pasando por el Libro de los Muertos de los egipcios. Tampoco lo fueron nuestras culturas aborígenes americanas. Incluso el inca Atahualpa en una muestra de implacable poder, habría hecho arrancar los corazones de sus vencidos en batalla para sembrarlos y “ver qué frutos producían”.³⁶ El mestizaje cristiano agregó el acto de amor que significó para los judíos el entierro de todos los muertos, acto del que no se privó ni siquiera a los criminales.³⁷

La negación, en cambio, encuentra amparo bajo el mecanismo de defensa que ella ha significado para el médico, en especial para el profesional de UCI donde este evento se asocia a pacientes que, en sentido estricto, no son terminales.²⁷

De ahí que no es cuestión de pretender que la negación no exista, sino de interpretar que la tradición hipocrática que hacía a los médicos apartarse de los moribundos,³⁸ equivaldría a no reparar en los agonizantes registros de los monitores y acompañar a nuestro paciente en sus últimos momentos. A lo mejor, prevendríamos el agotamiento psíquico que perjudica nuestro quehacer profesional y distorsiona la actitud frente a nuestra propia muerte,²⁸ a la vez que, consideraríamos la posibilidad de donación.

Me hago eco de las palabras de Caturelli (1994) cuando recordaba que los médicos atestiguamos un punto inconmensurable más allá de cualquier verificación, que consiste en el campo de la agonía y del “Instante puro sin pasado y sin futuro sucesivo”. El médico que, en su vida profesional, ha tratado de posponer ese Instante, ya desde afuera del acontecimiento que contempla, estará obligado a afirmar que el problema de la vida sigue siendo enigmático; que la ciencia empírica se mantiene exterior a la lucha y a la fractura final. El profesional “se limitará a descubrir el mero hecho del cese de vida, pero tendrá que callar ante el acto de morir”.³⁹

No es posible concebir el desglose de la muerte, porque esta es una sola, y adhiero a comprenderla como la desintegración total de esa unidad que significa la persona misma. El médico al tener que certificar la muerte podrá hacer uso de la mejor técnica que a su parecer le ofrezca la biomedicina, pero solo la considerará “apropia-

da” después de que su juicio ético le otorgue la certeza moral suficiente, como para confiar en que la conclusión que obtendrá será la correcta, es decir, inequívoca.

El arte del médico permitirá combinar los datos objetivos –que no necesariamente son fiel evidencia del “momento exacto del morir”– con la subjetividad que contiene su intuición clínica de percibirlo muerto. Sobre esto se sustenta la amplia aceptación de la ME como un diagnóstico eminentemente clínico⁴⁰ y requisito suficiente para certificarla en la mayoría de los países del área iberoamericana³² con excepción de algunos, como la Argentina. Este diagnóstico con justificativo ético estudiado y de formulación exclusivamente humana, no podrá ser sustituido por ninguna máquina o técnica que por sí sola se considere superior. Sin embargo, parecería que esta idea es recibida con reticencia por profesionales formados en una disciplina positivista como la medicina. No obstante, sin despreciar los adelantos tecnológicos, es imposible soslayar que sigue siendo una persona quien terminará definiendo o, mejor dicho certificando, que su congénere indudablemente ya había fallecido.

Una educación médica que concierna estos puntos, a más de ayudar a los profesionales a vivenciar una realidad, muy probablemente influenciará en la tan deseada merma de las angustiantes listas de espera.

Conclusiones

La muerte es una percepción clínica difícilmente explicable; es el cese de la actividad del cerebro, una realidad legal desglosada por la práctica, apartada de la cotidianidad del médico, que demanda la recepción de la familia. La ME es una parte de la muerte, exige objetividad y diagnosticadores idóneos, se debe aceptar y no está exenta de incertidumbre. Bajo la ME, el retiro del respirador mecánico se invalidaría ante la oposición de la familia. Disponer del cadáver se podrá según los deseos del fallecido, la familia, el médico. El cadáver posee valor y no precio, podría ser manipulado, usándolo con restricciones, e incluso comercializado para fines nobles, sin que deba por ello llamárselo “bien útil”. Lo extramédico no exoneraría al médico de proponer la donación.

Agradecimientos

Agradezco a los colegas médicos del Hospital General de Agudos Donación “Francisco Santojanni” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por su amable disposición para con este estudio.

Bibliografía

- Miranda B, Matesanz R. International issues in transplantation. Setting the scene and flagging the most urgent and controversial issues. *Ann NY Acad Sci* 1998; 862: 129-143.

- Hauptman P, O’Conner K. European liver transplant registry. Procurement and allocation of solid organs for transplantation. *N Engl J Med* 1997; 336: 422-431.
- Delmonico F, Wynn J. Managing the enlarging waiting list. *Am J Transplant* 2002; 2: 889-890.
- Miranda B, Vilardell J, Grinyó J. Optimizing cadaveric organ procurement: the Catalan and Spanish Experience. *Am J Transplant* 2003; 3: 1189-1196.
- Comisión de Selección y Mantenimiento del Donante de Órganos. Manual. INCUCAI, 2005. Disponible en: http://www.incucai.gov.ar/docs/manuales/manual_mantenimiento_incucai_15_05_06.pdf. (Consulta: 15 de julio de 2011).
- Hobeika M, Simon R, Malik R, Pachter L, Frangos S, Bholato O, et al. U.S. surgeon and medical student attitudes toward organ donation. *J Trauma-Injury Infection & Critical Care* 2009; 67(2): 372-375.
- INCUCAI, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos, 2003. Disponible en: http://www.incucai.gov.ar/docs/otros_documentos/programa_federal.pdf. (Consulta: 20 de enero de 2012).
- Cantarovich F. Educational proposals for promoting a culture of donating organs. A colloquium on the Congress “A Gift for Life”. Considerations on Organ Donation. *Transplantation* 2009; 88(75): S153-S158.
- Bustos J, Previgliano I, Soratti C. Glasgow 7 surveillance program: epidemiology and outcome in argentinean Intensive Care Units. INCUCAI, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Buenos Aires. Disponible en: http://www.incucai.gov.ar/docs/trabajos/resumen_glasgow_7.pdf. (Consulta: 25 de agosto de 2010).
- Gherardi C, Chaves M, Capdevilla A, Tavella M, Sarquis S, Irrazabal C. La muerte en un servicio de Terapia Intensiva. Influencia de la abstención y retiro del soporte vital. *Medicina (Buenos Aires)* 2006; 66: 237-241.
- Kreis H. The question of organ procurement: beyond charity. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 1303-1306.
- Casas-Martínez M. Introducción a la metodología de la investigación en bioética: sugerencias para el desarrollo de un protocolo de investigación cualitativa interdisciplinaria. *Acta Bioética* 2008; 214(1): 97-105.
- Dieterich H. Nueva guía para la investigación científica, México: Editorial Planeta Mexicana; 2001: 100-133.
- Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Barcelona: Paidós; 1987: 100-133.
- Truog R, Miller F. The dead donor rule and organ transplantation. *N Engl J Med* 2008; 359: 674-675.
- Nelson J. Identifying and overcoming the barriers to high quality palliative care in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med* 2006; 34(11): 324-331.
- Amezcuca M, Gálvez-Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 423-436.
- Anguera M. La investigación cualitativa. *Educación* 1986; 10: 23-50.
- Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI Facultad de Psicología, UNMSM*, 2006; 9(1): 123-146.
- Taylor H, Hull S, Kass N. Qualitative methods. En: Sugarman J, Sulmasy D. *Methods in Medical Ethics*, Washington D.C: Georgetown University Press; 2010: 193-214.
- Conde F, Pérez-Andrés C. La investigación cualitativa en salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 145-149.
- White D, Evans L, Bautista C, Luce J, Lo B. Are physicians’ recommendations to limit life support beneficial or burdensome? Bringing empirical data to the debate. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180: 320-325.
- Seravalli P. The dying patient, the physician and the fear of death. *N Engl J Med* 1988; 319(26): 1728-1730.

■ Vivencias ante la muerte e interpretaciones en torno a la utilidad del cadáver del Potencial Donante de Órganos entre Médicos Intensivistas de un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires

24. Gómez-Esteban R. Las ansiedades del médico frente a la muerte. *Psiquiatría Pública* 2000; 12(3): 247-257.
 25. Block S, Billings A. Learning from the dying. *N Engl J Med* 2005; 353(13): 1313-1315.
 26. Byock I. Improving palliative care in intensive care units: Identifying strategies and interventions that work. *Crit Care Med* 2006; 34(11): 302-305.
 27. Hamama-Raz Y, Zahava S, Ohry A. Fear of personal death among physicians. *Omega* 2000; 41(2): 139-149.
 28. Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: An additional dimension of interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior* 1980, 21: 170-180.
 29. De Janon-Quevedo L. Del sueño cartesiano a la muerte encefálica. *Vida y Ética* 2011; 12(2): 119-143.
 30. Cassel E. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982; 306(11): 639-645.
 31. Machado C. ¿Defendemos una visión encefálica de la muerte? *Rev Neurol* 2002; 35(4): 387-396.
 32. Escudero D, Matesanz R, Soratti C, Flores J. Muerte encefálica en Iberoamérica. *Med Intensiva (España)* 2009; 33(9): 415-423.
 33. Scoccia D. In defense of hard paternalism. *Law and Philosophy* 2008; 27: 351-381.
 34. Azoulay E, Sprung CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32: 2323-2328.
 35. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 987-994.
 36. Stornaiolo U. La dominación Incaica. Apogeo y crisis del Incaico. En: Ecuador. Anatomía de un país en transición, Quito: Ediciones Abya-Yala; 1999: 77.
 37. Keener C. Comentario del contexto cultural de la biblia. Nuevo Testamento. El Paso: Editorial Mundo Hispano; 2005: 312.
 38. Powner D, Ackerman B, Grenvik A. Medical diagnosis of death in adults: historical contributions to current controversies. *Lancet* 1996; 348(2): 1219-1223.
 39. Sgreccia E. La información al enfermo incurable. En: Sgreccia E, Laffitte J. Junto al enfermo incurable y al que muere. Orientaciones éticas y operativas, Madrid: BAC; 2009: 287.
 40. Machado C. Diagnosis of brain death. *Neurology International* 2010; 2(2): 7-13. Disponible en: <http://www.pagepress.org/journals/index.php/ni/article/view/ni.2010.e2/1842>. (Consulta: 9 de marzo de 2012).
-