

NEUROCIENCIAS Y ABORTO: REINTERPRETANDO EL CONCEPTO JURÍDICO DE PERSONA DESDE UNA EPISTEMOLOGÍA FEMINISTA

Por LUCÍA CICCIA*

Resumen:

Dos hechos explican el título del presente trabajo. El primero de ellos es que con el advenimiento de la ciencia moderna, se creó un sistema de valores dicotómicos, esencialmente sexista y androcéntrico, que explica las actuales nociones de vida y de muerte. El segundo es que el criterio de muerte clínica se centra en el cese de la actividad cerebral. Tales hechos suponen que los fundamentos normativos que revisten el concepto jurídico de persona se legitimen en descripciones biológicas, a su vez interpretadas como objetivas, neutrales, y universales. Desde una epistemología feminista que sitúe el conocimiento, en el presente trabajo se reinterpretarán los conceptos de vida y de muerte. Extrapolándolos al ámbito clínico, se propondrá un criterio de vida clínica desde el cual se evidenciará que, empleando un lenguaje “cerebro-centrista”, no existe sujeto de derecho hasta la semana 26 de gestación.

Palabras clave:

Neurociencias, aborto, feminismo, muerte, vida.

NEUROSCIENCE AND ABORTION: REINTERPRETING THE LEGAL CONCEPT OF PERSON FROM A FEMINIST EPISTEMOLOGY

Abstract:

The title of the present work is explained by two facts. The first one is that with the appearance of modern science, a system with dichotomic values was created – an

* Doctora en Estudios de Género Por la Universidad de Buenos Aires. Es Licenciada en Biotecnología por la Universidad de Quilmes (UNQUI), su investigación se centra en el análisis crítico del discurso científico acerca de la diferencia sexual desde una perspectiva interdisciplinar, utilizando como marco teórico la epistemología feminista que trata del conocimiento parcial y situado. E-mail: luly_2309@hotmail.com.

essentially sexist and male-centered system that explains the current notions of life and death in the medical field. The second fact is that the criteria used to determine clinical death focuses on the ceasing of brain activity. Both facts assume that the normative fundaments of the legal concept of "person" are to be legitimized by biologic descriptions, which are seen and interpreted as objective, neutral and universal. We intend to reinterpret the concepts of life and death through a feminist epistemological perspective. Extrapolating such concepts to the clinical field, we will propose a notion of clinic life through which it will become evident that, in "brain-centered" terms, the legal person does not exist until the 26th week of gestation.

Keywords:

Neuroscience, abortion, feminism, death, life.

INTRODUCCIÓN

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, nacer, y un fin, morir. Por tal razón, sea explícita o implícitamente, la acción de abortar abraza la disyuntiva simbólica, en relación con el feto, de *hacer morir* o *dejar vivir*. Dicha disyuntiva refleja la manera en que el mundo fue descrito con el advenimiento de la ciencia moderna. Esta descripción implicó la creación de un sistema de valores dicotómicos, sexistas y androcéntricos, dentro del cual se inscribieron las nociones de vida y muerte.

Por otro lado, actualmente el diagnóstico de muerte clínica equivale a la muerte encefálica. En otras palabras, el concepto jurídico de persona se encuentra ligado a una concepción cerebro-centrista de nuestra existencia: el cese de las funciones cefálicas *vitales*, es actualmente sinónimo del cese de la vida humana.

Sobre la base de estos hechos, el presente trabajo tiene tres objetivos. El primero será, partiendo de las nociones actuales de muerte y vida en el marco legal argentino, historizar tales nociones. Específicamente, describiré cómo fue mutando el criterio de muerte en relación con el avance tecnológico, no solo en tanto su efecto sobre la producción de conocimiento, sino también respecto de las nuevas políticas de salud pública que supuso.

En relación con el primer objetivo, el siguiente será demostrar que las actuales nociones de vida y muerte son el resultado de un sistema de valores sexista y androcéntrico. Consideraré una manera de reinterpretar el concepto de muerte a la luz de una epistemología feminista que sitúa el conocimiento, relativizando y humanizando su significado. Diluyendo la falsa dicotomía entre muerte y vida, evidenciaré su inexistencia como *eventos precisos*. En contraste, caracterizaré que tales conceptos conforman un sistema binario, existiendo entre ellos una dependencia ontológica. Por tal razón, una reinterpretación de la noción de muerte supone hacerlo en *relación con* la idea de vida.

Impactando tal reinterpretación en la práctica clínica, el tercer objetivo será mostrar otra manera de definir la muerte clínica vigente en la cultura occidental, depurada de sesgos sexistas y androcéntricos. A su vez, propondré un *concepto clínico de vida* congruente con dicha definición. En este sentido, concluiré que el plano jurídico en el cual se sitúa la discusión acerca del aborto, en términos de persona y sujetos de derecho, carece de sentido. Fundaré este hecho al caracterizar que, al ser el concepto jurídico de persona regido por criterios normativos, los conceptos de muerte clínica y vida clínica propuestos, *ajustados a tales criterios*, no habilitan a plantear la existencia de sujetos de derecho sino hasta la semana 26 de gestación.

1. CRITERIOS DE VIDA Y DE MUERTE EN CONTEXTO

1.1. Situación legal en Argentina

El art. 19 del Código Civil y Comercial de la Nación establece que “la existencia de la persona humana comienza con la concepción”¹. Aunque el término es vago, en el sentido de que carece de precisión técnica y reviste un tinte más religioso que científico, la idea de “concepción” nos remite actualmente a un acontecimiento de origen biológico. Es decir, supone discutir en torno a las nociones de “implantación”, “embrión”, “material genético”, etc., a fin de dar algún tipo de especificidad a la arbitrariedad contenida en la expresión *comienza con la concepción*. Sin embargo, un hecho es innegable; según sugiere dicho artículo, habría un evento preciso donde comenzaríamos a ser sujetos de derecho, y definiciones provenientes de la embriología y la biología reproductiva son empleadas para legitimar la existencia de dicho evento.

Por otro lado, la única definición jurídica de muerte se encuentra en el art. 23 de la ley 24.193 de Trasplante de Órganos y Tejidos. Dicho artículo asume que la muerte encefálica, entendida como el cese irreversible y com-

¹ Art. 19 del Código Civil y Comercial de la Nación, recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>. Fecha de consulta: 26/6/2018.

pleto de todas las funciones ceefálicas, equivale a la muerte de una persona. Específicamente,

[E]l fallecimiento de una persona se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis (6) horas después de su constatación conjunta: a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia; b) Ausencia de respiración espontánea; c) Ausencia de reflejos ceefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas; d) Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud y Acción Social con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)².

La verificación de los signos referidos en el inc. d) no será necesaria en caso de paro cardiorrespiratorio total e irreversible. En caso de diagnosticar muerte encefálica, o cerebral, a personas con funciones cardiorrespiratorias sostenidas artificialmente, existe un “Protocolo Nacional para certificar el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos (muerte encefálica)”. El mismo, aprobado en el año 2010 por el Ministerio de Salud de la Nación, describe detalladamente cómo debe procederse³.

Una vez certificada la muerte de acuerdo con los criterios contenidos en dicho protocolo, y debiendo haber sido subscripta por dos médicos, al menos uno de los cuales neurólogo o neurocirujano, se deja de ser persona, o sujeto de derecho, y el cuerpo se transforma en un *potencial donante de órganos*.

Si bien con diferentes protocolos respecto de la implementación, o no, de pruebas instrumentales, y en relación con qué estructuras cerebrales son interpretadas vitales (en Argentina se considera necesaria la muerte de todo el encéfalo, mientras que en otros países basta con la afectación funcional irreversible solo del tronco encefálico), en la cultura occidental la muerte encefálica hoy equivale a la muerte individual.

Tal como describiré en la sección 1.2.2, la introducción del concepto de muerte encefálica como criterio de muerte individual fue el resultado del avance tecnológico y la consecuente necesidad de nuevas políticas de salud pública.

Al remitir a la idea de existencia, el art. 19 del Código Civil y Comercial vincula la noción de vida al concepto jurídico de persona. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede con el criterio de muerte descrito por la Ley de

² Art. 23 de la ley 24.193, recuperado de <https://www.terras.edu.ar/jornadas/120/recursos/41RED-DONAR-2009-RECURSO-Ley-24193-y-su-actualizacion.pdf>. Fecha de consulta: 26/6/2018.

³ Protocolo Nacional para certificar el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos (muerte encefálica), recuperado de http://www.incucui.gov.ar/files/docs-incucui/Legislacion/02-ResMsal/01-resolucion_msal_275_10.pdf. Fecha de consulta: 26/6/2018.

Trasplante de Órganos y Tejidos, la idea de vida no se encuentra definida desde una perspectiva clínica. Tal como desarrollaré a lo largo del presente trabajo, este hecho se debe a que una elaboración clínica del concepto de vida dejaría sin efecto el art. 19. Asimismo, las consecuencias de dicha elaboración no se restringen al marco legal argentino. En cambio, supone reinterpretar las propias nociones de vida y muerte, diluyéndolas del sistema dicotómico, esencialmente sexista y androcéntrico, que actualmente las contiene. En consecuencia, en la sección 3 describiré el origen de tal sistema y sus implicancias en el ámbito clínico. Previamente, es fundamental realizar un breve recorrido histórico a través de los criterios de vida y de muerte, a fin de visibilizar que no se tratan de descripciones biológicas unívocas y trascendentales.

1.2. Historizando los criterios de vida y de muerte

1.2.1. 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 lado⁴, y el horror ante la putrefacción de los seres queridos, por otro⁵.

Los conflictos asociados a un criterio de muerte centrado en los signos positivos de muerte dieron 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 cardíaco⁶.

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. Este hecho puede explicarse por “Los miedos con respecto a la posibilidad de un error en el diagnóstico de muerte y la experiencia de que en algunos casos, especialmente coincidiendo con los enterramientos masivos de guerras y epidemias, se han producido enterramientos con vida (...)”, dando lugar “a la implantación de leyes para los enterramientos,

⁴ GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO, “Diagnóstico de Muerte”, *Rev. Méd. Chile*, 132, 2004, pp. 95-107.

⁵ TRUEBA, Juan, “La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 2007, pp. 57-70.

⁶ SARMIENTO, Pedro J., “¿Es la muerte cerebral realmente la muerte del individuo? Análisis de una compleja situación clínico-bioética y de sus consecuencias”, *Persona y Bioética*, vol. 7, N°. 18, enero-abril, 2003, pp. 25-46.

a los periodos de espera antes de proceder a la inhumación y especialmente a la necesidad de una certificación médica de la muerte”⁷.

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.

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:

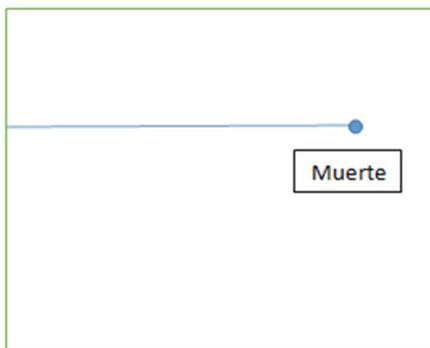


Figura 1

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 microscopía, el biólogo estonio Ernst Von Baer diera fin a la teoría preformista que, incluso él mismo, previamente había postulado en sus trabajos; “Lo que Von Baer observa tras la fecundación del huevo no es el crecimiento de un pequeño ser preformado, sino una sucesión de fenómenos complejos de

⁷ TRUEBA, Juan, “La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio”, An. Sist. Sanit. Navar, 230 (Supl. 3), 2007, pp. 57-70.

los que emergen progresivamente las formas y estructuras del futuro organismo adulto”⁸.

La confluencia de la teoría celular con la nueva hipótesis embriológica dio origen al término “*reproducción*” para describir la formación de un nuevo ser. Tal término implicaba que, a partir de una célula ajustada a un plan de desarrollo, bien ejecutado, dicho plan era el que garantizaba la constitución *normal* del individuo al nacer⁹.

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 de comienzo. De esta manera, hacia la segunda mitad del siglo XIX, los criterios tanto de vida como de muerte comenzaron a basarse en descripciones biológicas que eran susceptibles de observación. Siguiendo la lógica del esquema anterior, ambos podían precisarse en el tiempo.

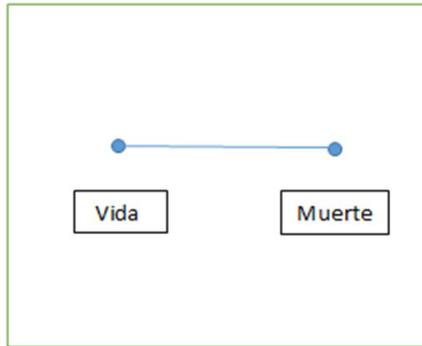


Figura 2

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”. Desarrollaré esta idea en la sección 2.1.

1.2.2. La necesidad de un nuevo criterio de muerte clínica

Hasta adentrado el siglo XX, la muerte cardiorrespiratoria se sostuvo como sinónimo de muerte individual. Sin embargo, el avance tecnológico facilitó el

⁸ JACOB, Francis, *La lógica de lo viviente, una historia de la herencia*, (trad. J. Senent), Barcelona: Tusquets Editores, 1990 (original en francés, 1970), p. 120.

⁹ *Ibid.*, p. 125.

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 sobrevivir.

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 vivo¹⁰. En el año 1967, el neurocirujano sudafricano Christian Bernard realizó el primer trasplante de corazón del que se tiene registro; extrayéndoselo, aún latiendo, a Oenise Anne Oval, que tras sufrir un accidente, su masa encefálica había quedado destruida, se lo trasplantó exitosamente a Louis Waskanky¹¹.

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 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 un paciente con muerte encefálica podía ser considerado muerto¹². 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 trasplante¹³.

¹⁰ MOLLARET, Pierre - GOULON, Maurice, “Le coma depassé”, *Revue Neurologique*, 101, 1959, pp. 3-151.

¹¹ RODRÍGUEZ del POZO, P., “La determinación de la muerte. Historia de una incertidumbre”, *Jano*, XLIV, 1036, 1993, pp. 23-29.

¹² REPORT AD-HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH, 205, *A Definition of Irreversible Coma*, 1968, pp. 337-340.

¹³ *Ibid.*

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. Muerte cerebral significa el cese irreversible de toda función del cerebro como totalidad, incluyendo el tronco cerebral"¹⁴.

Es interesante notar que, cuando en la Antigüedad se consideraba que el corazón era el órgano central, su falla o cese de actividad significaba la muerte. Es decir, este signo negativo de vida se interpretaba como suficiente para considerar que una persona *dejaba de serlo*. Considero que no fue solo el avance tecnológico respecto del apoyo cardiorrespiratorio lo que planteó la necesidad de un cambio de paradigma en la concepción de muerte. También, se trató de un cambio de paradigma en relación con la forma de conceptualizar la vida.

En este sentido, en 1959, la inauguración de la neuroendocrinología como disciplina científica dio comienzo a la elaboración sistemática de hipótesis que proponían que una programación cerebral dada por los niveles de testosterona durante el estadio fetal, explicaba la diversidad de conductas de la especie humana, incluyendo los roles sociales generizados. Es decir, el género, en tanto la construcción social de *lo femenino* y *lo masculino*, fue interpretado como una consecuencia inherente al sexo, es decir, a la constitución biológica. Tal interpretación continúa vigente en los presupuestos que guían las hipótesis de aquellos estudios neurocientíficos orientados a la búsqueda de diferencias entre los sexos¹⁵.

En definitiva, hacia la mitad del siglo XX, incurrimos en un discurso científico cerebro-centrista respecto de las capacidades cognitivas-conductuales humanas. No es de extrañar entonces que el cerebro comenzara a ser el órgano que marcara la frontera entre la existencia y la muerte clínica. En otras palabras, el cerebro se convirtió en una guía para definir cuando dejamos de ser sujetos de derecho.

2. VIDA VS. MUERTE, UNA FALSA DICOTOMÍA

2.1. La creación de un sistema sexual dicotómico

Anteriormente señalé que las nociones de vida y muerte sugieren que se trata de eventos precisos, tal como asume nuestro marco legal actual. Esta vi-

¹⁴ PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Defining Death*, Washington DC, Government Printing Office, 1981.

¹⁵ CICCIA, Lucía, *La ficción de los sexos: hacia un pensamiento neuroqueer desde la epistemología feminista* (tesis doctoral), Facultad de Filosofía y Letras, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género (IIEGE), Universidad de Buenos Aires, 2017.

sión temporal de la existencia humana pierde el eje espacial necesario para contextualizar, y entender la propia noción acerca de *un supuesto punto biológico de origen y otro de fin*. Para visibilizar dicho eje, primero, es necesario retornar al siglo XVII.

La incipiente ciencia moderna propuso un nuevo método para *acceder a una forma fiable de conocimiento del mundo natural*. Liderado inicialmente por Francis Bacon, dicho método supuso abandonar la teoría y el mundo de las formas abstractas propuesto por Platón, considerando la experimentación y el mundo concreto como ideal de conocimiento. Mediante metáforas sexuales, Bacon planteó que la naturaleza, pasiva, debía ser *penetrada* por *el sujeto cognoscente*, es decir, el hombre¹⁶.

Con la institucionalización de la ciencia en el año 1662, a través de la creación de la Royal Society en Londres, y la publicación de la obra de Newton, *Principia*, en 1687, el mundo vivo fue incorporado a la lógica mecanicista, habilitando la secularización de la naturaleza. Dicha secularización permitiría intervenirla, indispensable en una sociedad en vías de industrialización. Asimismo, posibilitó interpretar el cuerpo humano como *máquina*, al mismo tiempo que el organismo completo, incluso el cerebro, hasta ese entonces órgano divino, se convirtió en objeto de estudio.

Además de la necesidad de intervenir la naturaleza, las sociedades preindustriales requirieron polarizar los roles sociales. Por tal razón, lo que hasta ese entonces había sido una lectura jerárquica de los sexos en términos cuantitativos, dado que solo existía un cuerpo unisex con una única genitalidad (donde la vagina se interpretaba como un pene invertido), dio lugar a un proceso de jerarquización en términos cualitativos: hacia el siglo XVIII el sistema reproductor de la mujer cobraría nombre propio¹⁷. De esta manera, el orden social emergente creó un sistema de valores dicotómicos que proyectó en los cuerpos, estableciendo un discurso acerca de la diferencia sexual basado en “anatomías opuestas y complementarias”¹⁸.

Como sostiene Diana Maffia, la dicotomía presenta dos características fundamentales. La primera es que es excluyente, se está de uno o del otro lado. Desde una perspectiva sexual, se es hombre o se es mujer. La segunda característica es que es exhaustiva. Es decir, no existe nada más entre esos conceptos o categorías. De esta manera, los cuerpos, leídos en sí mismos bajo la lupa dicotómica, encarnaban diferentes capacidades que, a su vez, se encontraban

¹⁶ FOX KELLER, Evelin, *Reflexiones sobre Género y Ciencia* (trad. A. Sánchez), Valencia, Alfons el Magnànim, 1991 (original en inglés, 1985), p. 27.

¹⁷ LAQUEUR, Thomas, *La construcción del sexo, cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, (trad. E. Portela), Madrid: Ediciones cátedra, 1994 (original en inglés, 1990), pp. 275-276.

¹⁸ SCHIEBINGER, Londa, *¿Tiene sexo la mente? Las mujeres en los orígenes de la ciencia moderna* (M. Cándor), Madrid, Ediciones Cátedra, 2004 (trabajo original publicado en 1989), p. 311.

jerarquizadas: abstracto vs. concreto; objetividad vs subjetividad; neutralidad vs. valor; universal vs. particular; actividad vs. pasividad. El primer lado del par se asoció a “lo masculino”, mientras que la segunda columna a “lo femenino”¹⁹.

Las capacidades asociadas a lo masculino, casualmente las más valoradas, fueron las requeridas para hacer *buena ciencia*. De esta manera, objetividad, neutralidad y universalidad serían a partir de entonces, hasta el día de hoy, los criterios sobre los cuales se legitimaría el discurso científico. La constitución anatómica, actualmente traducida en términos genéticos-hormonales-cerebrales, sería garante respecto del lado del par al cual cada persona pertenecía.

Sobre la base de estos hechos, me gustaría desarrollar por qué las actuales nociones de vida y muerte responden a este sistema dicotómico, sexista y androcéntrico. En primer lugar, dicho sistema se legitimó sobre un discurso esencialmente biologicista que proyectó en los cuerpos la lectura jerárquica de los sexos, justificando en ellos la incapacidad intelectual de la mujer, y relegándola al ámbito privado. La ciencia moderna fue la autoridad epistémica usada para respaldar tal proyección. En este sentido, un concepto jurídico de persona que remite, sea de manera explícita o implícita, a descripciones biológicas para reconocernos como sujetos de derecho, reproduce el esencialismo del discurso científico que respaldó la división sexual del trabajo en el contexto de las sociedades pre-industriales, funcionales al capitalismo emergente.

En segundo lugar, las nociones de objetividad, neutralidad y universalidad fueron conceptos creados para expulsar explícitamente a la mujer de la producción de conocimiento. Sin embargo, tales conceptos responden a sesgos androcéntricos que han tenido, y tienen, efectos negativos en tanto la delimitación de problemas, la elaboración de hipótesis, y la interpretación de resultados que suponen para la práctica científica²⁰.

Asimismo, la continua reproducción de dichos sesgos se refleja en la manera en la que interpretamos el mundo que, a su vez, atañe cómo interpretamos los conceptos de vida y de muerte; *el cuerpo es concebido como máquina, desde la mirada de un sujeto cognoscente desencarnado, por fuera de aquello que es su objeto de estudio*. Tal sujeto se nos presenta como alguien que intenta acceder a la verdad. Una verdad que aparece como inmutable, rígida, trascendente, porque es el propio método científico el que *crea* la ilusión de verdad, objetiva, neutral y universal.

Desde esta perspectiva, las nociones de vida y de muerte se convierten en puntos finitos, delimitados, susceptibles de una descripción biológica exacta, cuasi en lenguaje físico-matemático, e interpretadas como categorías dicotómicas: se está vivx o muertx, y nada más existe en medio; vida y muerte se

¹⁹ MAFFÍA, Diana, “Contra las dicotomías: feminismo y epistemología crítica”, 2008, pp. 1-9. Recuperado de <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Contra-las-dicotom%C3%ADas.-Feminismo-y-epistemolog%C3%ADa-cr%C3%ADtica.pdf>. Fecha de consulta: 26/6/2018.

²⁰ HARDING, Sandra, *The Science Question in Feminism*, Ithaca/Londres, Cornell University Press, 1986.

transforman en hechos capaces de ser aprehendidos de modo objetivo, neutral, y universal.

Sin embargo, a lo largo del texto, describí cómo la noción de muerte fue mutando en relación con las nuevas tecnologías y las exigencias implicadas en términos de salud pública. En este sentido, es prudente caracterizar que 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 trasplante, 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?

En la siguiente sección, me propongo describir los límites del actual diagnóstico clínico de muerte, en relación con la posibilidad de poder corroborar a “ciencia cierta” la muerte encefálica. Asimismo, caracterizando dicho diagnóstico de contingente, propio de este momento histórico, evidenciaré que el concepto de “irreversibilidad” también es coyuntural, como podemos imaginar que lo fue el paro cardíaco cuando no existían tecnologías de reanimación ni terapias de manutención.

2.2. 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 por parte de el/la clínicx y, más aún, que pueden afectar los resultados clínicos, impactando en la validez, que requiere ausencia de ambigüedad, de los mismos²¹. Los factores de confusión incluyen:

Shock no resucitado; hipotermia (definida como una temperatura central <34 0 C); trastornos metabólicos graves o anomalías con glucosa, fosfato, calcio y magnesio; disfunción hepática y renal que puede ser capaz de causar un coma reversible; disfunción del nervio periférico o muscular, o bloqueo neuromuscular; intoxicaciones significativas por drogas (p. ej., alcohol, barbitúricos, sedantes e hipnóticos); complejos reflejos espinales; activación falsamente positiva del ventilador; prueba de apnea no válida

²¹ MACDONALD, Derek *et al*, “The Role of Neuroimaging in the Determination of Brain Death”, *Journal Neuroimaging*, 2018, pp. 1-6. DOI: 10.1111/jon.12516.

como con retenedores de dióxido de carbono alto; y lesión o traumatismo de la médula cervical alta en los ojos, el medio o el oído interno²².

La complejidad 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 auxiliares 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”²³.

Sin embargo, lo cierto es que aumenta la expectativa de vida, crece la demanda de órganos, y el diagnóstico clínico de muerte continúa 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”²⁴. En este sentido, la llegada inminente del cese de las funciones cardíacas y respiratorias ocurre solo en la medida que nada se haga por evitarlo. Asimismo, se ha observado que

Entre el 22 y el 100% de los pacientes con dicho diagnóstico han evidenciado control y balance hidroelectrolítico, así como regulación de la secreción hormonal. Más del 40% de los pacientes presentan actividad cerebral. En muchos casos, esa actividad es compatible con la actividad cortical. De otra parte, muchos de los pacientes con este diagnóstico responden al dolor, como el propiciado por una incisión quirúrgica, lo que afirma cierto grado de integración cerebral “alta”, y muchos refieren movimientos espontáneos o reflejos, que para ser considerados como “residuales” se requiere del dogmatismo²⁵.

Por “residuales” el autor se refiere a cómo se interpreta la actividad cerebral observada en pacientes que han sido diagnosticados con el criterio de muer-

²² SHERMIE, Sam *et al.*, *International guideline development for the determination of death*. *Intensive Care Med*, 40 (6), 2014, pp. 788-97.

²³ MACDONALD, Derek *et al.*, “The Role of Neuroimaging...”, *cit.*

²⁴ GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO, “Diagnóstico de muerte”, en *Revista Médica Chile*, 132, 2014, pp. 95-107.

²⁵ SARMIENTO, Pedro José, “¿Es la muerte cerebral realmente la muerte del individuo? Análisis de una compleja situación clínico-bioética y de sus consecuencias”, *Persona y Bioética*, vol. 7, nro. 18, enero-abril, 2003, pp. 25-46.

te cerebral. En efecto, lejos de ser estos casos excepcionales, se ha reportado que muchas de las personas que han sido diagnosticadas con muerte cerebral continúan con actividades cerebrales de regulación²⁶. Este hecho explica el lanzamiento del proyecto The ReAnima Project, llevado adelante por la compañía estadounidense Bioquark, cuyo fin es lograr aumentar esta actividad con fármacos y neuroestimulación²⁷.

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 aún, 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*?

Al día de hoy, no sólo existen reemplazos y terapias para las funciones cardiorrespiratorias. Tal como sugiere el objetivo del proyecto The ReAnima Project, existen también reemplazos terapéuticos para ciertos neuro-ejes dañados. Un caso emblemático es la terapia de sustitución hormonal continua que se aplica a mujeres embarazadas a las que se les diagnostica muerte cerebral, a fin de llevar la gestación fetal a término²⁸.

En definitiva, parece que solo puede garantizarse la pérdida total e irreversible de las funciones cerebrales cuando se encuentra destruida la masa encefálica. Algunxs autorxs sugieren que la definición “destrucción total del cerebro” solo puede corroborarse mediante autopsia. Resulta paradójico que una condición que solo puede ser corroborada luego de la muerte se use justamente como criterio para dar a alguien el diagnóstico de muerte clínica²⁹.

Los dilemas éticos implicados en el diagnóstico clínico de muerte plantean la urgencia de reinterpretar la propia noción de muerte. Quizás sea tiempo de abandonar la idea acerca de la muerte como un evento preciso, y caracterizarla como un proceso que³⁰, a su vez, se enmarca según el contexto histórico en cual se define dicho proceso. En otras palabras, un punto claro y delimitado para representar la muerte, es solo válido si centráramos el diagnóstico clínico en los signos positivos de muerte: putrefacción y rigidez cadavérica y putrefacción.

Sin embargo, el avance tecnológico y la necesidad de nuevas políticas sanitarias produjeron un cambio conceptual donde tales signos fueron caracterizados como “seguidos a la muerte”. La muerte, entonces, se redefinió en relación

²⁶ TROUG, Robert, “Organ transplantation without brain death”, *Annals of the New York Academy of Science*, 913, 2000, pp. 229-39.

²⁷ <https://reanima.tech/about/>.

²⁸ GOPČEVIĆ, Aleksandar *et al.*, “Ethical and medical management of a pregnant woman with brain stem death resulting in delivery of a healthy child and organ donation”, *International of Obstetric Anesthesia*, 32, 2017, pp. 82-86. doi: 10.1016/j.ijoa.2017.06.007.

²⁹ GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO, “Diagnóstico de Muerte”, *Rev. Méd. Chile*, 132, 2004, pp. 95-107.

³⁰ MORISON, Robert, “Death: Process or event?”, *Science* 1971; 173: 694-8.

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.

En efecto, así lo demostró recientemente el caso de una persona que cumplía con los criterios clínicos, e incluso con los test de neuroimágenes auxiliares, aceptados para la muerte cerebral en el contexto de una encefalopatía hipóxica isquémica post-paro cardíaco (CA-HIE). Con la continuación del soporte ventilatorio y nutricional, este paciente no solo sobrevivió, sino que con el tiempo mostró cambios inconsistentes con el diagnóstico de muerte cerebral³¹.

Sobre la base de estos hechos, propongo el siguiente esquema:

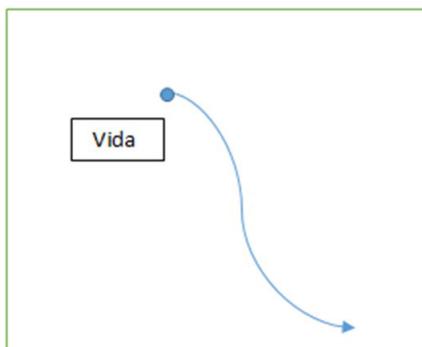


Figura 3

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, solo es posible ante los signos post-muerte. En la próxima sección expondré esquemáticamente dónde quedaría representado un pronóstico de muerte, y discutiré acerca de la noción de vida en tanto evento preciso.

³¹ JOHNSON, Robert, “The Death Debate: Penumbra Conundrum”, in *American Journal Hospice & Palliative Care*, 2018, Jan 1:1049909118778288. doi: 10.1177/1049909118778288.

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

Definir la muerte como un proceso, situado históricamente, que implica la acumulación de signos negativos de vida, a la vez que conceptualizar el criterio clínico de muerte como un pronóstico en relación con el devenir de dicho proceso, tiene dos implicancias fundamentales. En primer lugar, es reinterpretar la noción de muerte depurándola de los sesgos sexistas y androcéntrico que la revisten como un hecho objetivo, neutral, y universal. La segunda implicancia es que tal reinterpretación diluye la dicotomía creada entre muerte y vida: dejan de ser conceptos excluyentes, dejan de ser leídos como eventos precisos, aislados uno de otro por “nada” en medio.

En contraste, 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. Anteriormente caractericé que las descripciones biológicas que asumen la existencia de eventos precisos son propias de la reproducción de una forma mecanicista de interpretar el mundo, acorde con un sistema dicotómico sexista y androcéntrico. Por tal razón, sería contradictorio sostener que existe un momento preciso en el cual comienza la actividad cerebral. 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 ma-

duración del tronco cerebral, se registran a través de EEG en la semana 30 de gestación³².

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 vida*, siendo hoy definido desde una lectura cerebrocentrista, equivale al registro de actividad encefálica. Es decir, a partir de la semana 26. Aunque es controversial la actividad registrada en la semana 25 de gestación, podría incluso tomarse como “inicio”.

Remito a un inicio dado que, afirmar la existencia de vida humana equivale a decir que se es sujeto de derecho. Es decir, estando la concepción jurídica de persona fundada en criterios normativos, y no *naturales*, los límites establecidos para determinar cuándo se es persona, y cuándo no, son arbitrarios. Por lo tanto, la propia noción de persona se convierte en EL evento preciso sobre el que versan las nociones de vida y muerte. Sin embargo, tales nociones no existen como hechos finitos y objetivos, con un origen y un fin determinado. Más bien, se trata de procesos que son ajustados a la luz de los criterios normativos usados para definir el concepto jurídico de persona; las descripciones biológicas son usadas para respaldar dichos criterios.

En vistas de lo desarrollado anteriormente, un esquema que dé cuenta de estos hechos sería el siguiente:

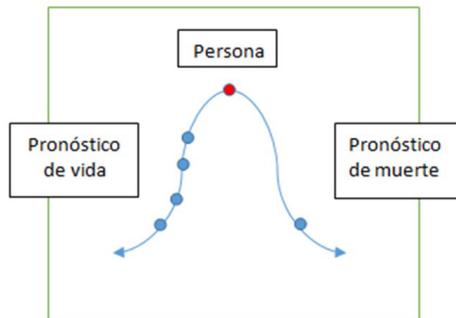


Figura 4

El único evento preciso y delimitado, al fundarse en criterios normativos, es el concepto jurídico de persona. A partir de que *se es persona*, 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,

³² SALIHAGIC-KADIC, Aida - KURJAK, Asim, “Cognitive Functions of the Fetus”, *Ultraschall in Med.*, 38, 2017, pp. 181-189.

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, no es el retorno a la teoría preformista. Más bien, tal como sucede al otro lado de la curva, 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*.

CONCLUSIONES

Los criterios de objetividad, neutralidad y universalidad, usados para describir las nociones de vida y muerte suponen describir tales nociones como hechos biológicos ahistóricos. Una reinterpretación a la luz de una epistemología feminista que las depure de sesgos sexistas y androcéntricos permite situarlas y conceptualizarlas como definiciones dinámicas.

Desde esta perspectiva es posible una nueva conceptualización del criterio de muerte clínica, a la vez que habilita introducir un criterio de vida clínica. Dado el actual discurso cerebro-centrista respecto de la existencia humana, la actividad encefálica se convierte en la frontera que divide el mundo de las personas jurídicas, del mundo de las que no. En este sentido, a lo largo del presente trabajo, demostré por qué el art. 19 del Código Civil y Comercial de la Nación, que afirma que se es persona desde la concepción, se encuentra obsoleto. En otros términos, y remitiendo al último esquema descripto, se evidencia que, sea cual sea “el momento de la concepción”, se trata de un punto que se encuentra

antes que el concepto jurídico de persona. Es decir, que tal momento se convierte en un pronóstico de vida; *sin la desaparición del signo negativo de vida que hoy es considerado suficiente para pronosticar muerte clínica (actividad encefálica), no existe sujeto de derecho.*

Finalmente, 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.

BIBLIOGRAFÍA

- CICCIA, Lucía, “La ficción de los sexos: hacia un pensamiento neuroqueer desde la epistemología feminista” (tesis doctoral), Facultad de Filosofía y Letras, Instituto interdisciplinario de Estudios de Género (IIEGE), Universidad de Buenos Aires, 2017.
- FOUCAULT, Michel, *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, 2013.
- FOX KELLER, Evelin, *Reflexiones sobre género y ciencia* (trad. A. Sánchez), Valencia, Alfons el Magnánim, 1991 (original en inglés, 1985).
- GOPČEVIĆ, Aleksandar, *et al.*, “Ethical and medical management of a pregnant woman with brain stem death resulting in delivery of a healthy child and organ donation”, *Int J Obstet Anesth.*, Nov. 32, 2017, pp. 82-86. doi: 10.1016/j.ijoa.2017.06.007.
- GRUPO DE ESTUDIOS DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO, “Diagnóstico de Muerte”, *Rev Méd Chile*, 132, 2004, pp. 95-107.
- HARAWAY, Donna, *Ciencia, ciborgs y mujeres, la reinención de la naturaleza*, Madrid, Ediciones Cátedra, 1995.
- HARDING, Sandra, *The Science Question in Feminism*, Ithaca/Londres, Cornell University Press, 1986.
- JACOB, Francois, *La lógica de lo viviente, una historia de la herencia* (trad. J. Senent), Barcelona, Tusquets Editores, 1999 (original en francés, 1970).
- JOHNSON, Robert, “The Death Debate: Penumbra Conundrum”, *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 2018 Jan 1:1049909118778288, doi: 10.1177/1049909118778288.
- LAQUEUR, Thomas, *La construcción del sexo, cuerpo y género desde los griegos hasta Freud* (trad. E. Portela), Madrid, Ediciones Cátedra 1994 (original en inglés, 1990).
- LEWIS, Ariane *et al.*, “Pregnancy and Brain Death: Lack of Guidance in U.S. Hospital Policies”, *Am J Perinatol*, (14) 2016 Dec, pp. 1382-1387.
- MACDONALD, Derek *et al.*, “The Role of Neuroimaging in the Determination of Brain Death”, *J Neuroimaging* 2018, pp. 1-6, doi: 10.1111/jon.12516.

- MAFFÍA, Diana, “Contra las dicotomías: feminismo y epistemología crítica”, 2008, pp. 1-9, recuperado de <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Contra-las-dicotom%C3%ADas.-Feminismo-y-epistemolog%C3%ADa-cr%C3%ADtica.pdf>.
- MORISON, Robert, “Death: Process or event?”, *Science* 1971, 173, pp. 694-8.
- MOLLARET, Pierre - GOULON, “Le coma dépassé”, *Rev. Neurol.*, 101, 1959, pp. 3-15.
- PÉREZ, Diana, “¿Pueden las neurociencias enseñarnos cómo vivir mejor?”, en *Revista Latinoamericana de Filosofía*, XLII, 1, 2016, pp. 95-108.
- PRESIDENT’S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Defining Death*, Washington DC, Government Printing Office, 1981.
- REPORT AD-HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH 205, *A Definition of Irreversible Coma*, 1968, pp. 337-340.
- RODRÍGUEZ DEL POZO, “La determinación de la muerte. Historia de una incertidumbre”, *Jano*, XLIV, 1036, 1993, pp. 1993.
- SALIHAGIC-KADIC, Aida - KURJAK, Asim, “Cognitive Functions of the Fetus”, *Ultraschall in Med*, 38, 2017, pp. 181-189.
- SARMIENTO, Pedro José, “¿Es la muerte cerebral realmente la muerte del individuo? Análisis de una compleja situación clínico-bioética y de sus consecuencias”, *Persona y Bioética*, vol. 7, N° 18, enero-abril, 2003, pp. 25-46.
- SCHIEBINGER, Londa, *¿Tiene sexo la mente? Las mujeres en los orígenes de la ciencia moderna* (M. Córdor), Madrid, Ediciones Cátedra, 2004 (trabajo original publicado en 1989).
- SHEMIE, Sam *et al.*, “International guideline development for the determination of death”, *Intensive Care Med*, 40, 2014, pp. 788-97.
- TROUG, Robert, “Organ transplantation without brain death”, *Annals of the New York Academy of Science*, 913, 2000, pp. 229-39.
- TRUEBA, Juan, “La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio”, *An. Sist. Sanit. Navar*, 30 (Supl. 3), 2007, pp. 57-70.

Recepción: 14/5/2018

Aceptación: 20/7/2018