

Una cuestión de vida o muerte: la extracción de órganos como problema bioético

Resumen: *La imposibilidad de determinar el momento exacto de la muerte no ha impedido el desarrollo de los trasplantes de órganos, pero ha obligado a manipular de forma estratégica el concepto de la muerte y los criterios para determinarla. Esta forma pragmática de afrontar problemas normativos podría afectar negativamente a los intereses de los donantes, sus familiares y la sociedad en su conjunto.*

Palabras clave: *Muerte cerebral. Muerte por criterio circulatorio. Donación de órganos. Eutanasia. Regla del donante fallecido. Bioética.*

Abstract: *The inability to determine the exact time of death has not prevented the development of organ transplants, but forced to strategically manipulate the concept of death and the criteria for determining it. This pragmatic way to address policy issues could adversely affect the interests of donors, their families and society as a whole.*

Key words: *Brain death. Death by circulatory criteria. Organ donation. Euthanasia. Dead donor rule. Bioethics.*

Introducción: Amenazar una vida para salvar otra

La mayoría de las personas cree que la donación de órganos es una práctica buena que debe promoverse. La mayoría de las personas cree, también, que causar la muerte de un paciente por el beneficio social que esa muerte pueda generar, es algo injustificable moralmente. Si usted se

identifica con ambas creencias, es probable que el siguiente caso le cause un problema moral.

19 de marzo de 2010

Salvador tiene 45 años de edad y desde hace 20 meses desea donar un riñón a su hija Laura, de 7 años. Laura no está tolerando la diálisis a la que se ve sometida semanalmente. Si pudiera, Salvador habría donado hace tiempo el riñón que su hija necesita, pero él padece una cardiopatía severa y la extracción de un riñón podría poner en riesgo su vida. Ha manifestado en repetidas ocasiones que está dispuesto a correr todos los riesgos de la operación, pero se le ha prohibido ser donante porque una cirugía de extracción, en su caso, entraña un riesgo vital. Sensibilizado por la carestía de órganos para trasplante, ha firmado una tarjeta para ser donante tras la muerte. Hace varias semanas, Salvador ha sufrido un ataque al corazón y, pese haber sido reanimado, ha perdido sus funciones cognitivas. Todos los médicos que lo han explorado dicen que se encuentra en estado vegetativo. Es posible que Salvador nunca recupere la conciencia y que permanezca en ese estado hasta su muerte. Su mujer, Marina, pide que se honren los deseos de su marido, ahora que no puede ser dañado, permitiendo que done un riñón a su hija. Los médicos están de acuerdo en que Salvador no experimentaría daño alguno si le fuese extraído un riñón. Sin embargo, las leyes prohíben a las personas con incapacidad mental donar órganos mientras siguen con vida. La situación de Laura continúa deteriorándose.

13 de agosto de 2012

Esta mañana, Salvador ha fallecido por un paro cardíaco. Llevaba postrado en una cama desde hacía casi tres años, inconsciente. En arreglo a lo que establece su tarjeta de donante, sus órganos han sido extraídos. La salud de su hija Laura está ahora tan deteriorada que ya ha sido excluida de la lista de receptores, por lo que no es una candidata para recibir uno de los riñones de su padre, que han sido asignados a otras personas.

El filósofo moral Peter Singer comenta un dilema de similar envergadura que le fue presentado por el doctor Shann, director de la unidad de cuidados intensivos del Real Hospital Infantil de Melbourne, durante una visita que el filósofo realizó a principios de los años 90 a esa institución:

Comenzó describiendo cómo, un par de años antes, habían llevado al hospital a un niño con una grave enfermedad cardíaca. Tras sufrir repetidos ataques de corazón, necesitaba estar conectado a un respirador y que se le suministraran drogas continuamente para seguir vivo. Al margen de la enfermedad cardíaca, el niño era bastante normal; pero como la enfermedad era muy grave; el pronóstico era, dijo Shann, “incurable”. Aunque es una situación trágica, no es algo raro en un hospital infantil. Pero lo que iba a venir a continuación sí que era menos común. Dejaré que sea Shann quien continúe la historia.

Al mismo tiempo, en la cama contigua de la unidad de cuidados intensivos había un niño que había estado bien hasta que sufrió un repentino y catastrófico colapso. Tenía algunos vasos sanguíneos anormales en el cerebro y éstos estallaron repentinamente; se había producido una fuerte hemorragia en su cerebro que había causado la destrucción de toda la corteza cerebral. Sin embargo, su tronco encefálico funcionaba parcialmente y hacía movimientos de boqueo irregulares. Esto no era suficiente para permitirle vivir fuera del respirador, pero había pruebas de que no había muerto todo su cerebro, por lo que, jurídicamente, no esta-

ba muerto. Así pues, en una cama había un niño completamente normal, excepto por un corazón en fase terminal, y en la cama de al lado un niño con la corteza cerebral muerta pero con un corazón sano. Dio la casualidad de que los dos niños tenían el mismo grupo sanguíneo, por lo que el corazón del niño sin corteza cerebral se podría haber trasplantado al niño con cardiomiopatía.¹

Cualquiera de estos casos muestra –quizá de una forma particularmente extrema– algo muy común en bioética. Los dilemas éticos a menudo se presentan bajo la forma de una tensión entre imperativos de carácter deontológico y consideraciones de índole consecuencialista. En este caso, el dilema consiste en la dificultad de decidir cuando salvar una vida y ofrecer calidad de vida a una persona implica dar muerte a otra. Cuando se trata de alcanzar un fin tan loable como salvar una vida humana ¿qué medios es permisible emplear? La bioética ofrece a la sociedad herramientas para identificar los dilemas morales que aparecen en el ámbito de la biomedicina, para debatirlos y ofrecer distintas líneas para su resolución. Uno de los temas más antiguos de la bioética es el de la definición de la muerte.

Ese problema se empezó a discutir a raíz del informe llevado a cabo por el Comité Ad Hoc Harvard sobre la muerte cerebral, un documento que ha sido absolutamente determinante para el transcurso de la medicina contemporánea, en particular en lo que se refiere a los trasplantes de órganos². Sin embargo, a finales de los años sesenta, definir la muerte no se consideró un problema de naturaleza ética. Cuando se define un fenómeno, se ofrece un criterio que discrimina las entidades que quedan englobadas por esa definición de las que quedan fuera. Al establecer un nuevo criterio de muerte –la muerte cerebral–, individuos que hasta entonces eran considerados vivos, dejaron de serlo. Ahora bien, estar vivo o muerto lleva consigo un tipo de *consideración moral*. Si no fuera el caso, definir la muerte no sería un problema de implicaciones éticas. Con todo, redefinir un concepto que lleva asociado algún tipo de consideración moral no es una forma directa de abordar un dilema ético. Con su “redefinición” de la muerte, el comité de Harvard

consiguió que se obviarán tres cuestiones genuinamente morales a las que hoy en día empezamos a estar acostumbrados a tratar desde la bioética:

1. ¿Cuál es el modo más equitativo y racional de distribuir los recursos sanitarios, cuando estos pueden ser asignados a personas que dudosamente podrían beneficiarse de ellos? Para abordar esta pregunta es necesaria una discusión sobre la idea de justicia^{3,6};
2. ¿En qué circunstancias y bajo qué condiciones puede ser legítima una limitación del esfuerzo terapéutico o una eutanasia^{1,7,8}? Para tratar esta cuestión es necesario ponderar valores como calidad de vida, cantidad de vida, sacralidad de la vida, autonomía, etc.
3. ¿Puede en algún caso ser justificable causar la muerte de un donante para salvar la vida de un receptor? Esta última cuestión incide en lo que se conoce como la *regla del donante fallecido* (*dead donor rule*) que establece que no se debe matar al extraer órganos^{9,11}.

Ninguna de esas tres cuestiones fue analizada ni discutida a finales de los años sesenta, pues quedaron eclipsadas por la redefinición de la muerte; reducidas a una supuesta cuestión de hecho: “la muerte cerebral equivale a la muerte”. Al declarar que los pacientes en muerte cerebral ya eran cadáveres, se eliminó toda posibilidad de discutir sobre si esos pacientes debían ser los destinatarios privilegiados de unos recursos sanitarios caros, escasos y que deberían asignarse a quienes más probabilidades tienen de verse beneficiados por ellos. Igualmente, se evitó la disputa, entonces incipiente –hoy habitual– sobre la moralidad de *dejar morir*, sobre la licitud de limitar el esfuerzo terapéutico a determinados pacientes. Por último, la redefinición asumía implícitamente la “regla del donante fallecido” (*dead donor rule*): ante la alerta social que podía haber suscitado la extracción de órganos vitales en pacientes hasta entonces considerados vivos, se estimó que, considerándolos muertos, se evitaría toda disputa posible al respecto. De este último aspecto trata este artículo.

En la actualidad, es cada vez más frecuente invocar razones de futilidad y de justicia distributiva para liberar camas de cuidados intensivos

ocupadas por pacientes irreversiblemente inconscientes; casi nadie discute la validez de que, bajo ciertas condiciones, se interrumpan los cuidados intensivos de pacientes terminales, y una gran mayoría es favorable a que se utilicen los órganos de quienes tienen destruidos sus cerebros para salvar la vida a otros pacientes. Pese a ello, existen profundos desacuerdos sobre la validez de afirmar que “los pacientes en muerte cerebral están realmente muertos”. La asimilación de la muerte cerebral a la muerte no sólo ha resultado ser científicamente insostenible¹², sino también filosóficamente infundada^{13,16} y confusa en la práctica. (Nota 1). Como se verá, una ausencia similar de justificación afecta al criterio cardiorrespiratorio para declarar la muerte, en el caso de los donantes de órganos “en asistolia” o “a corazón parado”.

La doctrina de la sacralidad de la vida

Las opiniones públicas relativas a la ética del final de la vida evolucionan a tenor de los debates sociales, siendo estos a menudo espoleados por casos o estudios que muestran una importante brecha entre lo que establece la ley y el modo en que piensa o se comporta la sociedad o entre el modo en el que se comporta y el modo en el que la mayoría considera que se debería comportar. Los profesionales de cuidados intensivos han practicado limitaciones del esfuerzo terapéutico mucho antes de que las leyes de sus respectivos países lo admitiesen oficialmente. Y no sólo en pacientes en muerte cerebral, sino *en todo tipo de pacientes*^{18,20}. No es bueno que exista una separación entre lo que la ley establece y las prácticas socialmente aceptadas. Marguerite Yourcenar, en *Memorias de Adriano*, afirma que “toda ley demasiado transgredida es mala; corresponde al legislador abrogarla o cambiarla, a fin de que el desprecio en que ha caído esa ordenanza insensata no se extienda a leyes más justas²¹”.

A finales de los años sesenta, dejar morir a un paciente tras una limitación del esfuerzo terapéutico era algo legalmente asimilado a una forma ilegal de eutanasia. Esta circunstancia hizo necesaria una redefinición de la muerte en

el caso de los pacientes en coma irreversible: era más fácil asumir que esos tratamientos se interrumpían en un cadáver que afirmar que esas maniobras provocaban la muerte.

La llamada *doctrina de la santidad de la vida humana* o, mejor dicho, una interpretación radical de esta doctrina establece que la vida de todo ser humano inocente tiene un valor absoluto, y que, por lo tanto, nunca puede ser éticamente correcto ponerle fin de forma deliberada²² (Nota 2). La Iglesia Católica, que tradicionalmente ha defendido el valor absoluto de la vida humana, ha matizado desde los años 1950 su postura en estas cuestiones. En 1957 la Santa Sede, a través del Papa Pío XII, manifestó que la doctrina católica no sostiene que la vida sea un bien absoluto que haya que defender a cualquier precio. El deber de los médicos –afirmó Pío XII– es curar, pero también calmar los sufrimientos de sus pacientes. De esta matización de la doctrina tradicional católica sobre el valor sagrado de la vida humana se sigue que la medicina no debe acortar, pero tampoco prolongar deliberadamente una vida humana. De ese modo, se daba a entender que “sagrado” no significa “absoluto” o, en otros términos, que esa doctrina era compatible con la creencia de que las vidas humanas no deben siempre ser mantenidas a toda costa²³.

Entre los profesionales sanitarios contemporáneos, cada vez va cobrando más aceptación la idea de que mantener la vida a toda costa no es el único objetivo de la medicina. Acortar la vida a cambio de un mayor bienestar durante los últimos momentos afortunadamente ha dejado dejando de ser asimilado por los profesionales como un fracaso profesional. Hoy se admite mayoritariamente que dejar morir a un paciente gravemente enfermo puede ser aceptable cuando los tratamientos son fútiles. Es más, no hacerlo puede ser una forma maleficiente y penalizable de obstinación terapéutica²⁴ y, cuando el paciente es competente y rechaza –o ha rechazado previamente a través de unas voluntades anticipadas– el soporte vital, mantenerlo sometido a éste puede ser considerado un trato inhumano y degradante. En menos de cuarenta años, las sociedades técnicamente avanzadas han aprendido a pensar de forma separada dos cuestiones que el Comité de Harvard identificó en los años 1960: “cuándo es legítimo interrumpir los tratamientos vitales de

un paciente” y “cuándo está muerto ese paciente”. Han aprendido, además, que dejar morir puede ser una opción compatible con la protección y el respeto de las personas gravemente enfermas.

Dejar morir y matar

A pesar de los matices que ha ido adoptando la doctrina de la sacralidad de la vida, considerada incluso por algunos como pronta a desaparecer²⁵, sigue existiendo una fuerte resistencia a aceptar que *matar* es moralmente equivalente a *dejar morir*. Partidarios de posturas deontológicas y consecuencialistas acerca de la moralidad suelen disentir en este punto. Quienes juzgan el comportamiento humano desde una ética deontológica tienden a pensar que “matar” –*causar directa e intencionadamente la muerte de otra persona*– forma parte de los actos considerados malos *en cuanto tales*, por lo que estaría absolutamente prohibido llevarlo a cabo *en toda circunstancia y con independencia de las consecuencias*. Desde posicionamientos morales deontológicos, suele distinguirse “matar” de “dejar morir” –habitualmente entendido como *permitir a la naturaleza que siga su curso*. La diferencia entre “matar” y “dejar morir” es invocada por deontologistas para justificar por qué la eutanasia pasiva es moralmente aceptable pero la eutanasia activa no. Desde posturas consecuencialistas, en cambio, se suele considerar que ese tipo de razonamientos su irrelevancia moral. Hay acciones que son éticamente menos reprobables que ciertas omisiones. Por ejemplo, ayudar a morir a alguien sufriente que lo pide puede ser menos reprochable que no decir a alguien sano que lo que está bebiendo es veneno. Comoquiera que sea, la doctrina de la sacralidad de la vida jugó un papel fundamental para que el Comité *Ad Hoc* de Harvard optara por una redefinición de la muerte para preservar la regla del donante fallecido.

La regla del donante fallecido

A tenor del aumento de la demanda de órganos para trasplantes, las legislaciones de todo el

mundo han diseñado estrategias para extender el pool de donantes potenciales. La estrategia consistente en manipular la línea que separa a los muertos de los vivos de manera que los pacientes que se encuentran en circunstancias gravemente comprometidas, pero tradicionalmente considerados vivos, pasen a estar muertos, ha sido una de las que mejor efecto ha surtido. Sin embargo, no sin haber creado serias dudas a nivel teórico y práctico. La estrategia alternativa que voy a proponer consiste en explorar bajo qué condiciones, si es que hay alguna, podría ser aceptable extraer órganos vitales de personas extremadamente enfermas, sin cambiarles su estatus vital. Mi propuesta implica aceptar justificadas excepciones a la regla del donante fallecido²⁶.

John Robertson ha definido la regla del donante fallecido (*dead donor rule*) como “la regla ética y jurídica que exige que los donantes no se maten con el fin de obtener sus órganos”²⁷ (Nota 3). La definición de Robertson extiende el horizonte de normatividad de esta regla tanto a la moral como al derecho. Aunque ninguna ley la recoge explícitamente, todas las leyes internacionales sobre donación de órganos la reconocen implícitamente al exigir que se haya firmado un certificado de defunción de todo donante antes de que se proceda a la extracción de sus órganos. La *dead donor rule* (DDR), cumple varias funciones. Al respetar la DDR, nuestras sociedades se aseguran de que los pacientes con una salud gravemente comprometida no serán asesinados al ser usados como fuentes de órganos antes de su fallecimiento²⁹. La DDR también cumple la función de conjurar el miedo social de que los donantes puedan experimentar sufrimiento en el momento de la cirugía de extracción, pues generalmente se asume que alguien que ha sido declarado muerto ha perdido definitivamente la capacidad de sufrir. Aunque la regla tiene un componente deontológico –en el sentido de que alude a la ilicitud de la instrumentalización humana y a la prohibición de matar– también tiene una dimensión consecuencialista³⁰: la regla protege a los equipos de extracción de la posible acusación de homicidio y, al hacerlo, mantiene sus prácticas alejadas del espectro de la pendiente

rebaladiza³¹ que podría generarse si se aceptase alguna excepción a la prohibición de matar por motivos sociales. De ese modo, la regla del donante fallecido contribuye a que se mantenga la confianza social en los trasplantes de órganos como práctica inocua para los donantes y socialmente beneficiosa.

Como señala De Vita, al no haber sido codificada por ninguna ley, las razones que conducen a respetar la DDR solo pueden inferirse³². Conocer el *sentido* –o los sentidos– de la regla, no obstante, tiene gran importancia teórica (Nota 4). La regla del donante fallecido está relacionada con el principio de no-maleficencia (Nota 5). Como se ha señalado, a pesar de su carácter marcadamente deontológico, la regla cumple fines sociales que pueden ser adscritos a una ética de la responsabilidad. Ahora bien, ¿es realmente necesaria la DDR para preservar la confianza del público en los trasplantes?

La idea de que sólo pueden extraerse órganos de un paciente tras haber sido declarado muerto es cuestionada por algunos sectores de la población. Más del 60% de los encuestados en un estudio realizado por DuBois a más de 600 profesionales y estudiantes de medicina estadounidenses manifestó estar de acuerdo con la extracción de órganos de pacientes anencéfalos –inconscientes pero no legalmente muertos– antes de su muerte³³. El estudio de Siminoff y otros autores de la Case Western Reserve University mostró que un tercio de los ciudadanos del Estado norteamericano de Ohio, al ser interrogados acerca de un escenario hipotético, estarían dispuestos a extraer órganos de pacientes en muerte cerebral, en estado vegetativo o en coma, *que ellos mismos habían clasificados como vivos* (Nota 6). Como se le ha objetado Robert Veatch a los autores de este estudio, (Nota 7) el diseño del mismo no permite determinar si esas personas seguirían admitiendo una excepción a la regla del donante fallecido en los casos de pacientes en coma y en estado vegetativo si supieran que la ley los considera como vivos. Dar a entender que uno es partidario de la donación en un paciente considerado previamente como vivo no es exactamente lo mismo que estar de acuerdo con un sistema de trasplantes que reconozca abiertamente el derecho de matar para extraer órganos. En definitiva,

se puede violar la regla del donante fallecido en sentidos diferentes. El esquema siguiente ofrece

una descripción de los tipos de violación posibles de la regla del donante fallecido:

P está dispuesto a extraer los órganos de X	Piensa que X está considerado legalmente como		Tiene la convicción personal de que está	Actitud resultante
	Vivo	y además	Vivo	Violación moral y legal. (Nota 8) Deseo de que se acepten excepciones
Vivo	pero	Muerto	Violación legal. Deseo de reclasificar al paciente como muerto	
Muerto	pero	Vivo	Violación únicamente moral (Nota 9)	
Muerto	y además	Muerto	No hay violación de la regla (Nota 10)	

Por lo tanto, la regla del donante fallecido tiene esa doble lectura: en primer lugar, deontológico-moral y, en segundo lugar, jurídica, con una innegable función social consistente en salvaguardar la confianza de la población en el sistema de trasplantes. Análisis a continuación los casos en los que la regla se podría violar, o estar violando.

Bebés anencéfalos

La anencefalia es un trastorno en el desarrollo del cerebro del feto durante el embarazo. Se caracteriza por la ausencia de una parte importante del cerebro, el cráneo y del cuero cabelludo. Los niños con este trastorno nacen sin la parte anterior del cerebro, responsable del pensamiento y la coordinación, y generalmente son ciegos, sordos, definitivamente inconscientes e insensibles al dolor. Algunos pacientes con anencefalia pueden nacer con un tallo cerebral rudimentario, lo que les permite desarrollar actos reflejos como la respiración y respuestas a sonidos o al tacto. Se cree que, anualmente, nacen en Estados Unidos entre mil y dos mil bebés con esta enfermedad²⁷. Su pronóstico siempre es catastrófico, y suelen fallecer horas, días, o como mucho semanas después de nacer.

A mediados de los años 90, y ante la dramática escasez de corazones para trasplantes

pediátricos, la Asociación Americana de Medicina contempló la posibilidad de que los bebés anencéfalos fueran donantes de órganos³⁴. Su situación tan particular, que les impide tener cualquier tipo de experiencia en primera persona (Nota 11), llevó al organismo americano a proponer, a título de excepción, una violación a la *dead donor rule*. Esta práctica podría tener lugar sólo si se demostrara efectivamente una inexistencia total de actividad cortical, si el donante potencial pudiera ofrecer órganos sin los cuales otro niño moriría pronto y si, por razones médicas, no se pudiera esperar a que el paciente estuviera en muerte cerebral para realizar la extracción con garantías de que la calidad de los órganos se conservara. Y todo ello, siempre y cuando mediara el consentimiento de los padres.

Quienes han argumentado a favor de este procedimiento³⁴ señalan como ventajas la posibilidad de salvar vidas con unos órganos que, de otro modo, es imposible obtener, la ausencia de daño en un paciente que carece de capacidades cognitivas para sentir dolor o para percibir individualmente algún beneficio en caso de que su vida continuase, y la posibilidad que se ofrece, a los padres que consienten, de participar en un acto que contribuye a la vida de otras personas (Nota 12).

Esta ha sido una de las ocasiones en las que un organismo oficial (que goza, además, de reconocido prestigio) ha afirmado de manera

más explícita la legitimidad de causar la muerte al (o para) obtener órganos. La posición de la Asociación Americana de Medicina, sin embargo, duró sólo unos días. El rechazo de las organizaciones de trasplantes, temerosas por la mala publicidad que una excepción de la regla del donante fallecido podría generar, hizo que la propuesta fuera rápidamente revocada. (Nota 13) Junto a los argumentos en contra de la violación de la regla del donante fallecido, se adujo como razones para rechazar la donación de órganos de este tipo de pacientes la dificultad de establecer de forma segura el diagnóstico de anencefalia y el pequeño número de niños que se verían beneficiados por tal medida²⁷. Nótese que ninguno de estos argumentos tiene que ver con la vinculación deontológica supuestamente derivada de la regla del donante fallecido, sino fundamentalmente con consideraciones circunstanciales y consecuencialistas.

Pacientes en estado vegetativo

A diferencia de los bebés anencéfalos, los pacientes en estado vegetativo no carecen de las estructuras cerebrales que les permitirían desarrollar determinadas capacidades cognitivas. Las tienen, pero han perdido su funcionamiento. Para algunos, esta sería una razón para no aceptar una excepción a la regla del donante fallecido en estos casos y en cambio sí en los casos de anencefalia. No existe un consenso sobre la supervivencia o no en estos pacientes de alguna capacidad marginal de conciencia. Otra diferencia importante—favorable, en este caso, a la aceptación de una excepción a la regla del donante fallecido para los estados vegetativos—es que quienes se encuentran en ese estado han podido expresar anteriormente sus deseos con respecto a la donación. Esto es fundamental para todo aquel que entiende que la justificación de la extracción de órganos debe estar ligada necesariamente al principio de autonomía. Un paciente de estas características puede haber expresado previamente su deseo de que, llegado este caso, se le extraigan los órganos. Ese individuo podría considerar lícito que se le provocara la muerte para salvar otras vidas cuando

tuviera un pronóstico catastrófico y una calidad de vida aparentemente inexistente. Para excluir toda duda acerca de la posibilidad de conservar alguna forma de conciencia, podría incluso solicitar que se le sedase antes de la extracción. Uno de los problemas añadidos que podría plantear esta práctica (y que no se plantea en el caso de los bebés anencéfalos) lo constituye la posibilidad de que las decisiones de los familiares y las instrucciones previas del paciente, disintieran entre sí (Nota 14). Salvando estas distancias, puede decirse que el debate acerca de la posibilidad de violar la regla del donante fallecido al extraer órganos de pacientes en estado vegetativo se alimenta del mismo tipo de argumentos a favor y en contra que ese mismo debate en el caso de la anencefalia.

Presos condenados a muerte

Los condenados a muerte también han sido concebidos como posibles candidatos para justificar una excepción de *la regla del donante fallecido*. En Estados Unidos, hay cerca de 3000 presos condenados a muerte, de los cuales, cada año, entre cuarenta y setenta son ejecutados²⁷.

El recientemente fallecido Jack Kevorkian fue comúnmente conocido bajo el nombre de “Doctor Muerte” por haber ayudado a más de 40 personas a suicidarse con una máquina que él mismo inventó. Esta práctica hizo que fuera encarcelado en varias ocasiones. Durante sus períodos de reclusión, consiguió crear un movimiento de protesta entre los prisioneros del “corredor de la muerte”. Por lo que protestaban los condenados era por un derecho a que les fueran extraídos los órganos a fin de salvar, en otras personas, la vida de la que ellos iban a ser privados³⁸. ¿Hasta qué punto es éticamente aceptable que los presos y condenados a muerte sean donantes de órganos?

Según Robertson,

No hay ninguna traba legal ni ética para que se extraigan órganos o tejidos de condenados a muerte *tras su muerte*, si se cuenta con su consentimiento o el de algún allegado. [...] Como tampoco hay ningún impedimento ético para que un prisionero condenado sirva

como donante vivo de un riñón o un tejido, siempre y cuando el prisionero consienta libremente²⁷.

Disiento de estas afirmaciones, que considero peligrosamente ingenuas. Asegurar la libertad y la espontaneidad del consentimiento en un contexto esencialmente coercitivo resulta extremadamente difícil³⁹. En circunstancias de privación de libertad es frecuente que se produzcan todo tipo de presiones, amenazas, chantajes y conflictos de intereses. Resulta inapropiado que el miedo a una autoridad, o una esperanza de remisión de una pena, o tan siquiera un profundo sentimiento de culpa (Nota 15) sea la motivación principal por la que alguien acepte verse sometido a un procedimiento del que resulta dañado y no beneficiado, como es el caso de la obtención de un riñón *ex vivo*.

La posibilidad que los condenados a muerte consientan la extracción de órganos *antes* de su muerte o, dicho de otro modo, la posibilidad de que esa constituya su *forma de ejecución* tampoco carece de problemas. Al parecer, la oportunidad de que los condenados sean donantes antes de ser ajusticiados por otros medios violentos —como la electrocución— viene dada por el hecho de que los procedimientos habituales de ejecución pueden dañar los órganos y volverlos inservibles. Sin embargo, creo que hay razones estrictamente morales, y no sólo técnicas, para oponerse a esta práctica, que estimo menos justificable que la extracción de órganos de bebés anencéfalos.

He de admitir que mi juicio está contaminado por los motivos por los que rechazo moralmente la pena de muerte, una práctica que me parece desproporcionada, ineficaz y políticamente injustificable y moralmente reprobable (Nota 16). Me preocupa que la donación de órganos de los condenados a muerte pudiera otorgar un sentido insólito a la pena de muerte, y poder mitigar los escrúpulos que todo tribunal debería tener antes de optar por condenar a un delincuente con una pena de consecuencias tan severas e irreversibles. Como señala el propio Robertson, la posibilidad de la donación no debería influir sobre las decisiones previas acerca de la culpa imputable a un preso ni sobre el castigo que se le debe imponer²⁷.

Otra razón para rechazar la posibilidad de que a los condenados a muerte se les provoque la

muerte mediante la extracción de sus órganos es que, a diferencia de los bebés anencéfalos y de los pacientes en estado vegetativo, estos individuos son claramente más vulnerables: a ellos sí se les puede provocar un daño al matarlos —o como poco un daño claramente mayor. Y no me refiero sólo ni principalmente a la posibilidad de que provoque sufrimiento (algo altamente improbable en los casos de muerte o ausencia cortical) —evitable en cualquier caso con una sedación eficaz—, sino a la posibilidad de frustrarles deseos y privarles, a través de su muerte, de un gran número de experiencias placenteras y enriquecedoras que, de otro modo, esos individuos sí podrían tener (Nota 17).

Argumentaré a continuación que los casos de la donación en asistolia y en muerte cerebral pueden ser tomados como casos socialmente aceptados de violaciones de *la regla del donante fallecido*.

Donantes en asistolia

La donación en asistolia aglutina un conjunto de prácticas cuyos detalles técnicos no podré detenerme a detallar aquí⁴³. Gran parte de los problemas éticos que plantean estos protocolos de extracción se originan en la urgencia de preservar los órganos y de extraerlos tan pronto como sea posible debido al riesgo de isquemia que se corre al encontrarse el donante en paro circulatorio. Quienes dudan de que estos pacientes estén realmente muertos lo hacen por dos motivos: o bien porque sólo creen en el criterio neurológico de la muerte y sospechan que el paciente todavía no cumple los criterios de muerte cerebral en el momento mismo de la extracción⁴⁴; o bien porque, aunque confían en que la muerte cardiaca es un criterio suficiente de muerte, creen que el paro circulatorio es potencialmente reversible en el momento de la extracción⁴⁵.

Ambas dudas se presentan en los llamados protocolos de donación *tras paro circulatorio controlada*. Estos protocolos, realizados principalmente en Estados Unidos, en Inglaterra, en Bélgica, en Canadá, en Holanda y Japón, permiten extraer órganos de pacientes hospitalizados

cuyos familiares han decidido interrumpir el soporte vital para dejarlos morir. La extracción tiene lugar en cuanto se considera que la parada circulatoria es “irreversible”. Cuanto más largo es el tiempo de espera entre el momento en que se interrumpe la circulación y el momento de la incisión para la extracción, más alto es el riesgo de que se deterioren los órganos. Ahora bien, cuanto más corto es ese tiempo más alto es el riesgo de violar la regla del donante fallecido.

Por un lado, con tan sólo setenta y cinco segundos de tiempo de espera, como establece uno de los protocolos de Estados Unidos⁴⁶, no es en absoluto seguro –sino más bien improbable que el paciente cumpla todos los requisitos de muerte cerebral⁴³.

Por otro lado, también es discutible que la parada cardíaca provocada como resultado de la interrupción de un respirador automático en ese paciente sea realmente *irreversible*⁴⁷. El concepto de irreversibilidad ha sido objeto de controversia^{48,49} y merece alguna clarificación. Para empezar, hay que precisar que la irreversibilidad no es un diagnóstico, sino un pronóstico. Cuando se afirma que la situación de un paciente es irreversible, uno no constata nada que esté ante sí, sino que más bien hace una apuesta sobre lo que ocurrirá en el futuro. La irreversibilidad es un pronóstico, por mucho que esté habitualmente avalado por la experiencia acumulada de que ningún paciente en tal o cual cuadro clínico se haya recuperado. En segundo lugar, cabe destacar que hay varios niveles de exigencia para establecer la irreversibilidad de un estado. Desde el estándar más exigente, se puede considerar que una situación es irreversible sólo si existe una imposibilidad absoluta de recuperación: el paro circulatorio es irreversible sólo si, se haga lo que se haga y con independencia de los medios técnicos de que se disponga, el corazón no volverá a latir. En este caso se trataría de una imposibilidad *absoluta* o *metafísica*. Se puede hablar, en segundo lugar, de un estándar intermedio de irreversibilidad, que viene marcado por una imposibilidad de naturaleza contingente: dados los medios disponibles en este lugar y en este momento, es imposible recobrar el latido cardíaco. Se trata de una imposibilidad *contingente*. Por último, desde el estándar más débil de irreversibilidad, bastaría con que se

haya tomado la decisión de no revertir un estado para considerarlo irreversible: el latido cardíaco no va a reanudarse porque el equipo de cuidados intensivos ha adoptado una decisión junto con el paciente y sus familiares, de no revertir la parada cardíaca cuando tenga lugar. Se trata en este caso de una imposibilidad *decidida*: el latido podría recobrase, pero se ha decidido que eso no va a ocurrir. Los protocolos de donación tras paro circulatorio controlado adoptan este concepto más débil de irreversibilidad. La secuencia del argumento oficial justificativo podría expresarse en tres pasos: 1. lo que justifica la extracción es que el paciente está muerto, 2. está muerto porque su corazón se ha parado irreversiblemente, y 3. la irreversibilidad se debe a que se ha adoptado una *decisión éticamente aceptable* de no revertir la parada cardíaca.

Don Marquis ha criticado de estos protocolos lo que al principio he señalado a propósito del Comité de Harvard: el modo en que una *decisión moral* se oculta –mediante una redefinición terminológica– tras un juicio de pretensiones meramente descriptivas (uno tiende a pensar que cuando se refiere a un estado como “irreversible” no está emitiendo un juicio de valor, sino que simplemente está constatando un estado de cosas).⁵⁰ También considera que el protocolo de Denver, que ha posibilitado el implante exitoso de corazones de bebés cuya muerte había sido declarada de acuerdo a criterios cardíacos, es una violación flagrante de la regla del donante fallecido. ¿Cómo se puede justificar que el corazón que ha dejado irreversiblemente de latir en un individuo pueda funcionar al ser implantado en otro? Muchos de los que creemos que es justificable aceptar excepciones a la regla del donante fallecido consideramos que la ley ya está asumiendo que la extracción de órganos puede justificarse sobre bases normativas, y no simplemente descriptivas⁵¹.

En el caso de los donantes en asistolia tras parada cardíaca *no controlada*, también se puede dudar de que se esté respetando la regla del donante fallecido, aunque sólo en el sentido de que el paciente puede no estar cerebralmente muerto (Nota 18) (la irreversibilidad del paro cardíaco, en estos casos, es segura). En España y Francia –los principales promotores de este

tipo de protocolos- se intenta devolver el latido cardíaco espontáneo durante al menos treinta minutos, no considerándose al paciente como un donante potencial hasta haberse demostrado la futilidad de esos intentos de reanimación. El concepto de irreversibilidad que se emplea es por lo tanto mucho más fuerte que el que se emplea en el protocolo de donación tras paro circulatorio controlado. A pesar de esto, hay razones para dudar de que la condición de algunos de esos donantes es realmente irreversible⁵². También ha habido casos que generan dudas razonables sobre la irreversibilidad de la actividad cerebral en este tipo de donantes. Algunos autores e instituciones, como el *Comité para la Donación del Consejo Canadiense para la Donación y el Trasplante* y la HRSA, han llegado a afirmar que es oportuno bloquear la aorta para evitar que la sangre oxigenada siga circulando hasta el cerebro para, de esta forma, asegurarse que el paciente en asistolia se encuentra, además, en muerte cerebral, y evitar que sufra^{53,54}.

Para los que creemos que la persistencia de funciones residuales en el cerebro son síntomas de vida –afirmación poco controvertida si tal actividad puede sustentar alguna forma de conciencia- entonces el hecho mismo de bloquear la aorta para generar un daño cerebral previamente inexistente constituye en sí mismo una forma de anticipar deliberadamente el fallecimiento de un paciente *para que se convierta en un donante de órganos*. Mis colegas y yo hemos defendido que esta es otra violación encubierta –pero común en varios países- de la regla del donante fallecido⁴³.

Donantes en muerte cerebral

He mostrado al principio que la idea de la muerte cerebral fue creada históricamente como un subterfugio para evitar que los médicos fueran acusados de homicidio al interrumpir los respiradores automáticos y extraer órganos. Cuarenta años después del informe del Comité de Harvard, la ciencia sigue carente de argumentos suficientes para hacer cambiar de opinión a aquellos que rechazan que la muerte cerebral equivalga a la muerte. Cabe preguntarse, hoy, si el rechazo

social que crea admitir excepciones a la regla del donante fallecido es equivalente al que, hace cuarenta años, habría experimentado la sociedad si las políticas de trasplantes hubieran sido impulsadas sin haber modificado la definición de la muerte.

Autores como Veatch y Bagheri, a pesar de asumir la idea de que la muerte cerebral está científica y filosóficamente infundada, siguen creyendo necesario salvaguardar la regla del donante fallecido. Esto, junto a su compromiso con el pluralismo, les ha llevado a considerar oportuno que cada individuo elija, dentro de ciertos límites, la definición de la muerte que, en su caso, se debería aplicar. De las dos opciones que he mencionado para aumentar el abastecimiento de órganos y combatir la escasez, Veatch y Bagheri^{55,56} optan por la estrategia de modificar una y otra vez la línea que separa la vida de la muerte. Confían en que su propuesta aumentará los índices de donación de órganos, la confianza del público, y el respeto de la autonomía, condición exigible en una sociedad pluralista. Considero que la propuesta de Veatch y Bagheri es intelectualmente honesta y coherente con los presupuestos de que parten. Sin embargo, creo que es excesivamente optimista y parte de una premisa dudosa, a saber, que la muerte es un concepto puramente normativo en cuya determinación la medicina no tiene ninguna prerrogativa. Como A. Molina y sus colaboradores hemos defendido⁵⁷, de todos los objetivos que se proponen estos autores, el único que consigue permitir que las personas adopten diferentes definiciones de la muerte es salvaguardar la regla del donante fallecido. Muchas personas, incluidos muchos propios profesionales sanitarios, simplemente no creen que para ser donante de órganos vitales hace falta estar muerto^{11,58,59}. Si el objetivo es incrementar la confianza del público, no dañar y respetar a los donantes, ¿acaso no sería más eficaz fomentar una discusión pública cabal acerca de las circunstancias bajo las que la regla del donante fallecido podría ser violada?

Desde 1968, ha tenido lugar una amplia discusión pública en torno a las circunstancias en las que sería éticamente aceptable interrumpir los respiradores automáticos de pacientes gravemente enfermos. La ley y la ética han reconocido la importancia de la autonomía individual

para decidir cuándo las cargas que conlleva la tecnología aplicada al soporte vital superan a los beneficios y el valor —otrora sagrado— de la vida humana. La discusión ha sido profunda y acalorada, pero al fin y a cabo, productiva. El resultado de la misma es bastante claro: a todo adulto competente y suficientemente informado se le reconoce el derecho moral y legal de rechazar cualquier tratamiento que considere fútil o degradante, incluso cuando de ese tratamiento depende su vida.

Asimilar legalmente la muerte cerebral a la muerte puede ser un modo eficaz para que, quienes consideran que *siempre es ilícito matar*, secunden las extracciones de órganos de los pacientes con el cerebro irreversiblemente destruido. Llamar “muerto” a un paciente en muerte cerebral es una forma eficaz de enmascarar los propósitos utilitaristas que necesariamente impulsan toda política de trasplantes de órganos. Llamando a la muerte cerebral “muerte” se ha conseguido escamotear el debate bioético sobre la regla del donante fallecido. Llamar “muerto” a un individuo en muerte cerebral no sirve, ni para protegerlo, ni para respetar su autonomía personal, ni para fomentar un debate público en el que las diferentes concepciones de la muerte que articula la sociedad puedan ser escuchadas.

Al cuestionar la obligatoriedad absoluta de la regla del donante fallecido, estoy sugiriendo que la justificación de la extracción de órganos de pacientes en muerte cerebral no es la presunción de que esos pacientes están realmente muertos, sino otra, de carácter moral. Si el paciente —ahora irreversiblemente inconsciente— ha dado por anticipado y de manera explícita su consentimiento para la extracción, ¿en qué sentido se podría estar atentando contra sus intereses?⁶⁰ En la práctica, la regla del donante fallecido debería admitir excepciones en tres casos en los que —según el estado actual de conocimiento— el paciente se encuentra más allá de todo daño posible: la muerte cerebral, el estado vegetativo permanente y la anencefalia. Con la excepción de este último caso, en el que no se puede exigir el consentimiento del donante —sería exigible obtener el de los responsables legales— en los demás casos podría aceptarse la donación si el propio paciente hubiera dado su consentimiento explícito.

Las nociones morales de daño y de consentimiento informado forman parte del tipo apropiado de argumento para justificar las políticas de trasplante de órganos actuales y futuras. Al plantear con franqueza el debate en términos morales, sugiero que la sociedad, y no sólo el cuerpo médico, participe en este tipo de decisiones normativas. Se trata de una opción más razonable que seguir justificando la extracción en distinciones de pretendido carácter natural pero conceptualmente endebles. Por otro lado, se evita de este modo recurrir a criterios arbitrarios, como lo “socialmente aceptado”, para distinguir a los muertos de los vivos.

Conclusión

Parece claro que la dificultad de identificar el momento exacto en que tiene lugar la muerte no tiene que ver con un problema de conocimiento, sino con un problema relacionado con lo que Karen Gervais denominara una “decisión de significación”⁶¹. Para saber qué funciones son vitales, primero necesitamos una definición de la vida. Ahora bien, tal definición excede las competencias de la medicina y de la ciencia. El significado de la vida —y de su correlato, la muerte— depende de premisas filosóficas, metafísicas, religiosas y éticas. Descubrir el momento exacto en que se produce la muerte biológica es algo imposible y, si se me permite la provocación, hasta cierto punto irrelevante. Históricamente, se ha evitado que este problema irresoluble bloquee los comportamientos históricamente relacionados con la muerte redefiniendo ésta del modo más práctico posible: de modo que se pudieran atender a las necesidades sociales, incluido el trasplante de órganos. La alternativa que he defendido aquí consiste en admitir abierta y modestamente que uno no puede estar seguro de que la muerte haya tenido lugar en el momento en el que debe llevarse a cabo la extracción de órganos, y que lo único que somos capaces de consensuar son criterios razonables, desde un punto de vista social, moral y científico, para proceder a la extracción. Lo que interesa no es tanto determinar el momento exacto a partir del cual las personas pasan de estar

vivas a estar muertas, sino más bien preguntarse si para salvar otras vidas es aceptable extraer órganos de pacientes gravemente enfermos y que no pueden ser dañados, pero cuyo estatus vital no puede ser *demostrado* científicamente.

Esta propuesta, defendida primero por Arnold y Youngner²⁹, luego por Miller y Truog⁶², y más recientemente por Smith, Lazar y yo mismo⁴³, ha sido objeto de múltiples objeciones.^{63,64} La regla del donante fallecido tiene gran importancia simbólica; tanta, que la más mínima desviación con respecto a ella es suficiente para crear una fuerte presunción de inacceptabilidad⁽²⁷⁾. Sin embargo, ¿qué es lo que hace que esta propuesta sea tan subversiva?

En primer lugar, disiente de la concepción deontológica de la santidad de la vida toda vez que presupone que, en determinadas ocasiones, es lícito provocar deliberadamente la muerte de un ser humano. El enfoque consecuencialista del que parto implica que ningún comportamiento es intrínsecamente moral o inmoral. Entiendo que matar tampoco es *necesariamente* y *en cuanto tal* una práctica incorrecta. Su licitud dependerá de las condiciones en que se lleve a cabo ese comportamiento y de sus consecuencias. Lo relevante, desde este enfoque que propongo, es qué consecuencias se derivan de aceptar que, en determinadas condiciones, practicar una eutanasia es aceptable. Desde el punto de vista de la relación médico-paciente, estimo que las consecuencias son éticamente aceptables si lo que motiva la práctica es un consentimiento libre e informado y la imposibilidad de que el donante sea dañado, y si los resultados de todo ello se salven algunas vidas humanas y se mejore la calidad de otras.

En segundo lugar, la ruptura con la regla del donante fallecido crea la amenaza de generar problemas de política pública. La donación voluntaria y la confianza del público en el sistema de trasplantes reposan en gran parte en la asunción de que nadie va a ser aniquilado por fines sociales.

La experiencia en los campos de concentración de Dachau y Auschwitz es suficientemente elocuente como para imaginar hasta dónde pueden llegar los abusos contra la humanidad cuando los intereses individuales son subordinados a los

de la sociedad. En realidad, la consideración de los intereses de terceros ni siquiera ha formado parte de los argumentos empleados en Holanda o Bélgica para haber adoptado leyes a favor de la eutanasia. La consideración de los intereses de terceros tampoco debería, en principio, intervenir en la decisión acerca de cuándo debe ser donante un paciente. Mi réplica a esa objeción consiste en señalar, por un lado, que no menos inaceptable es que esos mismos intereses motiven una manipulación del lenguaje sobre la vida y la muerte, y, por otro, que la propuesta que sostengo no subordina los intereses individuales a los sociales, puesto que sus fundamentos son la exigencia de que el individuo no pueda ser dañado y el respeto escrupuloso por el consentimiento del paciente a la donación. Un consentimiento, por cierto, más informado y auténtico que el “presunto” que tantos países ya aprueban para fomentar la donación.

A pesar de ello, tiene sentido pensar que los daños generados al admitir excepciones a la regla del donante fallecido podrían ser mucho mayores que los beneficios obtenidos por una política más honesta o coherente. Esta dimensión pública —puede argumentarse— también debería entrar a formar parte del cómputo consecuencialista de beneficios y perjuicios. Asumo esta última objeción y, con ello reconozco que los beneficios de justificar la extracción de órganos sobre una base distinta a la de la regla del donante fallecido podrían resultar ser fundamentalmente de tipo teórico, y no práctico. Pero esto último debería ser demostrado, y no simplemente asumido.

La propuesta que he defendido reconoce el carácter borroso e incierto del estatus vital de los pacientes en muerte cerebral y en muerte circulatoria, a la vez que asume el valor moral y político del pluralismo. Habilita un espacio para el pluralismo en lo concerniente a la decisión sobre la extracción de órganos sin dejar que la línea que traza la separación entre la vida y la muerte se decida por consideraciones morales ideológicamente camufladas.

Diferenciar lo permitido de lo prohibido sobre la base de un criterio moral, evidentemente, plantea riesgos y retos. El fundamento moral que propongo es tan endeble como el pseudocientífico del que depende la credibilidad del modelo que respaldan públicamente las actuales políticas de

extracción y trasplante de órganos. Ahora bien, por poco convencional que resulte, creo que esta propuesta presenta una ventaja: la fragilidad de sus fundamentos es al menos lo suficientemente explícita como para evitar que el debate social sobre estas cuestiones bioéticas se cierre antes de que haya tenido lugar.

Notas

- 1) Youngner y otros mostraron en 1989 que más de la mitad de los profesionales involucrados en el diagnóstico de la muerte y el trasplante de órganos eran incapaces de aplicar un concepto coherente de muerte.¹⁷ Más recientemente, Siminoff y otros han comprobado que el público tampoco tiene claro qué capacidades neurológicas deben haberse perdido irreversiblemente para estar muerto: de más de 1300 encuestados, solo un tercio estimó que un paciente en muerte cerebral está legalmente muerto.¹¹
- 2) Esta doctrina tiene su origen en la doctrina judeocristiana de la Creación. Tal fundamentación teológica del valor de la vida aparece en el Antiguo Testamento (1 Sam 2, 6; Dt 32, 39), donde se revela que sólo Dios da la muerte y la vida. La vida es por lo tanto interpretada como un don de Dios, quien se la confía a las personas para que la administren. Los seres humanos no son propietarios, sino simples administradores de ese don.
- 3) La primera formulación de la regla del donante fallecido la ofreció el mismo autor en²⁸.
- 4) Alguien puede tener convicciones morales contrarias a la regla y a pesar de ello considerar que toda política sobre trasplantes debería regirse por ella. Inversamente, alguien podría estimar que sólo es éticamente obligatorio extraer órganos de individuos muertos, y sin embargo, ser partidario de una política que autorizase ciertas excepciones a esa obligación, por considerar, por ejemplo, que la alternativa de manipular la definición de la muerte tiene peores consecuencias.
- 5) Como, afirma Robertson, “la regla es más deontológica que utilitarista, pues prohíbe matar a una persona por mucho que sus órganos podrían salvar tres o más vidas”²⁷.
- 6) Más concretamente, el estudio muestra 1. que dos tercios de los que consideraron a los pacientes en muerte cerebral como vivos estarían dispuestos a donar sus órganos, 2. que el 34% de los que creen que el paciente en estado vegetativo está vivo estarían dispuestos a dar sus órganos y 3. que el 46% de los que piensan que el paciente irreversiblemente comatoso está vivo estarían dispuestos a extraer sus órganos.¹¹
- 7) Robert Veatch, en un número especial del *Kennedy Institute of Ethics Journal* en el que varios autores comentan los resultados de ese artículo, critica a los investigadores que su instrumento no contempla la distinción fundamental entre el conocimiento de la legalidad de los entrevistados y lo que son sus intuiciones morales. En efecto, este estudio no permite saber si quienes aceptan excepciones a la regla del donante fallecido desconocen la ley o simplemente no están de acuerdo con ella. La distinción entre la legalidad y la moralidad es, por lo tanto, fundamental para interpretar estos resultados.¹⁶
- 8) Violación de tipo “moral” y “legal”: se considera moralmente permisible extraer los órganos de quienes uno considera en su fuero interno como vivos, *pensando que la ley también los considera como vivos*. Por ejemplo, alguien sabe que la ley establece que las personas en estado vegetativo están vivas, él mismo estima que están vivas y, a pesar de ello, considera éticamente aceptable la extracción de órganos.
- 9) Violación de tipo “moral”: se considera moralmente permisible extraer los órganos de quienes uno considera en su fuero interno como vivos, *sabiendo que la ley los considera muertos*. Por ejemplo, alguien sabe que la ley establece que las personas en muerte cerebral están muertas, pero cree que esos pacientes en realidad están vivos y, a pesar de ello, considera éticamente aceptable la extracción de órganos.
- 10) Salvo en el caso de que P se equivocase al creer (erróneamente) que X está legalmente muerto. En ese caso, no se daría una violación “moral” ni “legal” de la regla, sino simplemente una violación “*de facto*”. El acierto o error de cada entrevistado sobre el estatuto legal de cada paciente: se puede no querer donar los órganos de una persona en muerte cerebral *sólo* por creer erróneamente que legalmente está considerado vivo, o se puede querer donar los órganos de un paciente en estado vegetativo *sólo* por creer erróneamente que legalmente están muertos. En ambos casos, puede presumirse que el conocimiento de la ley les haría cambiar de opinión.
- 11) Cabe señalar que en el caso de los bebés con anencefalia esto es más claro que en el caso de los pacientes en estado vegetativo, que conservan,

aunque infuncionales, las estructuras cerebrales que soportan la conciencia y la cognición.

- 12) Este tipo de razones sería fácilmente tachado de paternalista si no fuera porque algún indicio de que los familiares más partidarios de donar los órganos de un fallecido muestran una capacidad de sobrellevar mejor el duelo³⁵, dado el altruismo como estructura moral subyacente a la donación de órganos.³⁶
- 13) *Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association Report C-1-88. Anencephalic Infants as Organ Donors* http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/369/ceja_ci88.pdf 18/09/2008.
- 14) Junto a otros colegas, he explorado las actitudes de los profesionales en Francia y en Estados Unidos cuando la familia se opone a aplicar las decisiones previamente expresadas por pacientes actualmente inconscientes con respecto a sus tratamientos.³⁷
- 15) Nathan Leopold fue encarcelado en 1928 por asesinato. Durante sus treinta años de reclusión y hasta el final de sus días (1971) se consagró a ayudar a sus semejantes. Estando en la cárcel, participó en experimentos del ejército americano para probar medicamentos contra la malaria durante la Segunda Guerra Mundial. Él mismo explica en su biografía que, para él, se trataba de un medio de ayudar a los soldados americanos y de expiar una parte de su culpa. En su testamento, legó su cuerpo a la ciencia.⁴⁰
- 16) En mi opinión, la pena capital se trata de un castigo desproporcionado e innecesario para impedir al delincuente reincidir. Por un lado, tiendo a pensar que el *éthos* de cualquier individuo abyecto puede cambiar si se le brindan condiciones apropiadas para ello. Por otro, estimo que el sistema penitenciario debería seguir una política rehabilitadora y no meramente punitiva. Al suscribir esta línea de pensamiento, tiendo a creer que la función principal de las prisiones debería ser evitar riesgos de delitos futuros contra la sociedad, no restaurar la falta cometida contra ella infringiendo un castigo a su autor.
- 17) Desde un utilitarismo de la preferencia, los daños se derivarían de la frustración de preferencias futuras. Este argumento no se opone tanto a la violación de la regla del donante fallecido como a la pena de muerte en cuanto tal. Otros posibles daños se derivan de la posibilidad de perjudicar al individuo tras su muerte. Sobre la posibilidad del daño *post-mortem*,^{41,42}. Agradezco a Óscar Horta la extensa bibliografía que me facilitó al respecto.

- 18) En el estudio INCONFUSE se ha explorado si los profesionales estarían dispuestos a extraer órganos de pacientes en asistolia (tras paro cardíaco no controlado) que ellos mismos han clasificado como vivos. http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/19526/1/DHDFJMP_Muerte%20cerebral%20y%20trasplantes%20de%20organos.pdf

Bibliografía

1. Singer, P., *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, 1997, Barcelona: Paidós.
2. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, *A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*. *Jama*, 1968. 205(6): p. 337-40.
3. Monzon Marin, J.L., et al., [Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient]. *Med Intensiva*, 2008. 32(3): p. 121-33.
4. Gomez Rubi, J.A., [Ethical problems of artificial nutrition withdrawal: reflexions from the perspective of Mediterranean culture]. *Nutr Hosp*, 2000. 15(5): p. 169-74.
5. Martínez Urionabarrenetxea, K., *Hacia una salida negociada al problema de la futilidad*, in *La bioética, diálogo abierto*, J.L. Sarabia, Editor 2002, ABFC: Madrid. p. 319-321.
6. Emanuel, L.L. and E.J. Emanuel, *Decisions at the end of life. Guided by communities of patients*. *Hastings Cent Rep*, 1993. 23(5): p. 6-14.
7. Rachels, J., *Active and passive euthanasia*. *N Engl J Med*, 1975. 292(2): p. 78-80.
8. Tomás-Valiente, C., *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal* 1999, Madrid: Boletín Oficial del Estado, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
9. Crowley-Matoka, M. and R.M. Arnold, *The dead donor rule: how much does the public care...and how much should we care?* *Kennedy Inst Ethics J*, 2004. 14(3): p. 319-32.
10. Shelton, W., *Respect for donor autonomy and the dead donor rule*. *Am J Bioeth*, 2003. 3(1): p. 20-1.
11. Siminoff, L.A., C. Burant, and S.J. Youngner, *Death and organ procurement: public beliefs and attitudes*. *Soc Sci Med*, 2004. 59(11): p. 2325-34.
12. Shewmon, D.A., *Chronic "brain death": meta-analysis and conceptual consequences*. *Neurology*, 1998. 51(6): p. 1538-45.

13. Lizza, J., *Persons, Humanity, and the Definition of Death* 2006, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
14. Shewmon, A.D., *The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating "brain death" with death.* J Med Philos, 2001. 26(5): p. 457-78.
15. Shewmon, D.A., *Constructing the death elephant: a synthetic paradigm shift for the definition, criteria, and tests for death.* J Med Philos, 2010. 35(3): p. 256-98.
16. Veatch, R.M., *Abandon the dead donor rule or change the definition of death?* Kennedy Inst Ethics J, 2004. 14(3): p. 261-76.
17. Youngner, S.J., et al., *'Brain death' and organ retrieval. A cross-sectional survey of knowledge and concepts among health professionals.* Jama, 1989. 261(15): p. 2205-10.
18. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Panel, *Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation, and withdrawal of intensive care.* Chest, 1990. 97(4): p. 949-58.
19. Esteban, A., et al., *Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study.* Intensive Care Med, 2001. 27(11): p. 1744-9.
20. Ferrand, E., et al., *Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey.* French LATAREA Group. Lancet, 2001. 357(9249): p. 9-14.
21. Yourcenar, M., *Memorias de Adriano* 2006 (1974), Barcelona: Edhasa.
22. Kuhse, H., *The sanctity-of-life doctrine in medicine: a critique* 1987, Oxford: Clarendon Press.
23. Rodríguez-Arias, D., *Una muerte razonable: testamento vital y eutanasia* 2005, Bilbao: Desclée de Brouwer.
24. Núñez, M.A., *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Problemática jurídica a la luz del Código Penal de 1995* 1999, Madrid: Tecnos.
25. Singer, P., *Desacralizar la vida humana. Ensayos sobre ética* 2003 (2002), Madrid: Cátedra.
26. Youngner, S.J., L.A. Siminoff, and R. Schapiro, *Introduction.* Kennedy Inst Ethics J, 2004. 14(3): p. 211-5.
27. Robertson, J.A., *The dead donor rule.* Hastings Cent Rep, 1999. 29(6): p. 6-14.
28. Robertson, J.A., *Relaxing the death standard for organ donation in pediatric situations, in Organ substitution technology: ethical, legal and public policy issues,* D. Mathieu, Editor 1988, Westview Press: Boulder. p. 69-76.
29. Arnold, R.M. and S.J. Youngner, *The dead donor rule: should we stretch it, bend it, or abandon it?* Kennedy Inst Ethics J, 1993. 3(2): p. 263-78.
30. Miller, F.G., R.D. Truog, and D.W. Brock, *The dead donor rule: can it withstand critical scrutiny?* J Med Philos, 2010. 35(3): p. 299-312.
31. López de la Vieja, M., *La pendiente resbaladiza. La práctica de la argumentación moral* 2010, Madrid: Plaza y Valdés
32. DeVita, M.A., J.V. Snyder, and A. Grenvik, *History of organ donation by patients with cardiac death.* Kennedy Inst Ethics J, 1993. 3(2): p. 113-29.
33. DuBois, J.M. and E.E. Anderson, *Attitudes toward death criteria and organ donation among healthcare personnel and the general public.* Prog Transplant, 2006. 16(1): p. 65-73.
34. Council on Ethical and Judicial Affairs, A.M.A., *The use of anencephalic neonates as organ donors.* Jama, 1995. 273(20): p. 1614-8.
35. Merchant, S.J., et al., *Exploring the psychological effects of deceased organ donation on the families of the organ donors.* Clin Transplant, 2008. 22(3): p. 341-7.
36. López de la Vieja, M.T., *Donantes de órganos: Algo por nada, in Educación en Bioética: Donación y trasplante de órganos. Bioethical Education: Organ procurement and transplantation,* M.T. López de la Vieja and C. Velayos, Editors. 2008, Aquilafuente. Ediciones Universidad de Salamanca: Salamanca. p. 53-67.
37. Rodríguez-Arias, D., et al., *Advance directives and the family.* Clinical Ethics, 2005. 2: p. 139-145.
38. del Cañizo, A., *Ética de la experimentación con sujetos humanos en investigación clínica, in Dignidad de la vida y manipulación genética,* J.M. García Gómez-Heras, Editor 2002, Biblioteca Nueva: Madrid. p. 77-103.
39. Rodríguez-Arias, D., *Paradojas de la libertad: Detenidos y soldados como sujetos de investigación, in Ética y experimentación con seres humanos,* D. Rodríguez-Arias, G. Moutel, and C. Hervé, Editors. 2008b, Desclée de Brouwer: Bilbao. p. 107-121.
40. Murphy, T.F., *Case studies in biomedical research ethics.* Basic Bioethics, ed. M.G.C. A2004, Massachusetts: The Mit Press.
41. Bradley, B., *When is death bad for the one who dies?* Noûs, 2004. 38(1).

42. Callahan, J.C., *On harming the dead*. Ethics, 1987. 97(2): p. 341-352.
43. Rodríguez-Arias, D., M.J. Smith, and N.M. Lazar, *Donation After Circulatory Death: Burying the Dead Donor Rule*. Am J Bioeth, 2011a. 11(8): p. 36-43.
44. Fox, R.C., "An ignoble form of cannibalism": reflections on the Pittsburgh protocol for procuring organs from non-heart-beating cadavers. Kennedy Inst Ethics J, 1993. 3(2): p. 231-9.
45. Youngner, S.J., R.M. Arnold, and M.A. DeVita, *When is "dead"?* Hastings Cent Rep, 1999. 29(6): p. 14-21.
46. Boucek, M.M., et al., *Pediatric heart transplantation after declaration of cardiocirculatory death*. N Engl J Med, 2008. 359(7): p. 709-14.
47. Lynn, J., *Are the patients who become organ donors under the Pittsburgh protocol for "non-heart-beating donors" really dead?* Kennedy Inst Ethics J, 1993. 3(2): p. 167-78.
48. Hershenov, D., *The problematic role of 'irreversibility' in the definition of death*. Bioethics, 2003. 17(1): p. 89-100.
49. Lizza, J.P., *Potentiality, irreversibility, and death*. J Med Philos, 2005. 30(1): p. 45-64.
50. Marquis, D., *Are DCD donors dead?* Hastings Center Report, 2010(may-june): p. 24-30.
51. Truog, R.D., *Death: merely biological?* Hastings Cent Rep, 1999. 29(1): p. 4; author reply 5.
52. Rodríguez-Arias, D. and I. Ortega, *Protocols for uncontrolled donation after circulatory death*. Lancet 2012(379): p. 1275-6.
53. Bernat, J.L., et al., *The circulatory-respiratory determination of death in organ donation*. Crit Care Med, 2010. 38(3): p. 963-70.
54. Shemie, S.D., et al., *National recommendations for donation after cardiocirculatory death in Canada: Donation after cardiocirculatory death in Canada*. Cmaj, 2006. 175(8): p. S1.
55. Bagheri, A., *Individual choice in the definition of death*. J Med Ethics, 2007. 33(3): p. 146-9.
56. Veatch, R.M., *The conscience clause: how much individual choice in defining death can our society tolerate?*, in *The definition of death: contemporary controversies*, S.J. Youngner, R. Arnold, and R. Schapiro, Editors. 1999, The Johns Hopkins University Press: Baltimore. p. 137-160.
57. Molina, A., D. Rodríguez-Arias, and S.J. Youngner, *Should individuals choose their definition of death?* J Med Ethics, 2008. 34(9): p. 688-9.
58. DuBois, J.M., *Ethical assessments of brain death and organ procurement policies: a survey of transplant personnel in the United States*. J Transpl Coord, 1999. 9(4): p. 210-8.
59. Herpin, N. and F. Paterson, *Le don d'organes et la perception de la mort par les Français: les systémistes et les intégralistes*, in *La greffe humaine*, R. Carvais and M. Sasportes, Editors. 2000, PUF: Paris. p. 789-814.
60. Rodríguez-Arias, D. and A. Molina, *Pluralismo en torno al significado de la muerte cerebral y/o revisión de la regla del donante fallecido*. Laguna, 2007(21): p. 65-80.
61. Gervais, K., *Redefining Death* 1986, New Haven: Yale University Press.
62. Miller, F.G. and R.D. Truog, *Rethinking the ethics of vital organ donations*. Hastings Cent Rep, 2008. 38(6): p. 38-46.
63. Napier, S., *Out of the frying pan and into the fire*. Am J Bioeth, 2011. 11(8): p. 60-1.
64. DuBois, J.M., *Dead tired of repetitious debates about death criteria*. Am J Bioeth, 2011. 11(8): p. 45-7.