

## ÉTICA DE LOS TRANSPLANTES

Hans Thomas

**L**as discusiones siguen centradas en torno a la muerte cerebral: ¿criterios de extracción de órganos o la muerte del hombre?

Desde el 05.11.1997 existe en Alemania una ley de transplantes. La ley debería, así la intención, contribuir a crear un marco de seguridad para los cirujanos que llevan a cabo transplantes y animar a la donación de órganos, puesto que la cifra de esta es muy baja. En 1997: 13 donantes tras muerte cerebral al año por un millón de habitantes, en Alemania, comparados con los 27 en España<sup>1</sup>.

Desde la puesta en vigor de la ley, la discusión ética se centra en Alemania especialmente en torno a los principios de ablación, en torno al problema de una distribución justa de los órganos. Según la ley "los órganos de tramitación obligatoria" (corazón, riñones, hígado, pulmones, páncreas e intestino) sólo pueden ser transplantados en centros reconocidos de transplante<sup>2</sup>.

Una tendencia en la discusión es la de mantener fuera de la decisión de reparto a los cirujanos de transplantes. Ésta ha de permanecer como una cuestión organizativa económico-social y no una decisión *triage*<sup>1</sup> del médico.

La ley no afecta explícitamente ni a la donación de sangre, ni a la de médula ósea, ni a órganos o tejidos embrionales y fetales. La exención de estos últimos no parece evidente pero tampoco casual, puesto que los experimentos con inyecciones de tejidos fetales de hecho invierten una base lógica de la ley. Según la ley, la muerte del donante de órgano es la condición para una extracción. La muerte se comprueba "según el estado de la ciencia médica". Por lo tanto, el criterio es la muerte cerebral: la destrucción de todo el cerebro. Sin embargo, las inyecciones de células cerebrales fetales sólo son interesantes, si son obtenidas de un feto vivo.

En cuanto a la donación de órganos de vivientes, la ley es muy restrictiva a pesar (¿o quizás precisamente por ello?) del escaso número de donaciones tras muerte cerebral: permite la donación de riñones sólo entre parientes de primer y segundo grado, entre esposos, novios o personas con una relación de cercanía parecida, y sólo tras la explicación de dos médicos que no participan en el transplante y de la revisión de los motivos y circunstancias por parte de una comisión consultiva.

### **La discusión precedente a la ley de transplantes en Alemania**

Antes y durante el trámite de esta ley, es decir antes de noviembre de 1997, tuvo lugar en Alemania un extenso y acalorado debate sobre los transplantes. Las discusiones se centraban en

<sup>1</sup> Voz francesa que significa "clasificar".

torno a dos temas. En primer lugar, qué relevancia tiene el consentimiento por parte del donante de órganos y qué exigencias han de cumplirse para asegurarse de esa aceptación. En segundo lugar, la cuestión de si un muerto cerebral está realmente muerto o no.

En el transcurso de las discusiones tanto científicas como públicas en torno a los dos temas se ha mostrado - pese a la exhaustividad de los argumentos aportados - lo deseable de que esas cuestiones tan básicas no sean tratadas bajo la presión política de los diferentes intereses de grupo. De esta experiencia se me permitirá adelantar dos anotaciones a las discusiones éticas y jurídicas sobre cuestiones límites de la medicina:

1. Bajo las condiciones del reinante "pluralismo de valores" (que es en realidad un pluralismo de pareceres sobre los valores) el llamado discurso ético - esto también es válido para la toma de decisiones en las comisiones éticas institucionalizadas - se convierte necesariamente en una discusión jurídica, cuando no política. Al entrar en el discurso, los participantes deben concederse mutuamente diferentes concepciones de lo que es verdadero o falso, bueno o malo, éticamente admisible o no tolerable y respetar esas posiciones como de igual validez para el discurso. Esto significa que la reflexión ética de cada uno de los participantes antecede al discurso. En todo caso tiene lugar aparte (o no tiene lugar). El fin de la discusión resulta pues la búsqueda de puntos en común, según el ideal típico de consenso. En realidad, es suficiente la búsqueda de una mayoría. Como en política<sup>3</sup>.

2. El discurso ético convertido en una discusión jurídica tiende, y mucho más si se lleva a cabo bajo la presión de intereses, a argumentaciones en cierto sentido teleológicas (en alemán: "zweckrational". No es que sean simplemente pragmáticas. Quiere decir que los argumentos son inspirados, guiados más bien por un fin oportuno deseado - *causa finalis* - que desarrollados desde los puntos de partida.) En el caso de cuestiones ético-médicas en dos niveles, primero en un nivel médico, segundo en uno jurídico. Ejemplos:

En un nivel médico: la práctica de la fecundación *in vitro* se ha impuesto contra las objeciones de la protección de embriones por el interés en conseguir niños probeta y por el aún mayor interés en investigación con embriones tempranos. La identificación de la muerte cerebral con la muerte del hombre seguramente no hubiese causado efectos jurídicos sin el gran interés médico en el trasplante de órganos.

A un nivel jurídico: la 56ª Asamblea Jurídica Alemana de 1986 trató el tema de "la fecundación artificial". Orientado hacia la protección de embriones, se optó contra la producción de más embriones por fecundación *in vitro* de los que transfieren en el útero materno, sino del de otra mujer. ¿Qué pasaría entonces si, a pesar de todo, existiesen "embriones excedentes /sobrantes" (en inglés: "supernumerary embryos")? La conferencia se inventó el término de "embriones huérfanos". Los "embriones huérfanos", se dice en la conclusión, "hay que dejarlos en manos del destino."<sup>4</sup> La expresión "embriones huérfanos" permitía una normativa divergente, consecuencia de un razonamiento teleológico (en el sentido expuesto) al nivel jurídico.

El otro ejemplo no debe por ahora prejuzgar la cuestión de si el muerto cerebral está muerto o aún vive. La mera determinación, sin embargo, de que la muerte cerebral es un fiable criterio de la extracción lícita de órganos daría pie a la especulación sobre si se está menospreciando

la prohibición de matar, mientras la tesis de que está muerto ofrece una solución jurídica sencilla y elegante para el permiso de transplante. Por eso, algunos autores temieron que con el permiso del donante, el explante de órganos pudiese ser interpretado como una especie de muerte solicitada o al menos acercarse a ella. Por esa razón aceptaron la tesis de muerte cerebral = muerte. En este caso se trata de un argumento jurídico teleológico-pragmático para una determinación ontológica.

En Alemania la gran mayoría, sobre todo de los interesados del mundo de la Medicina, defendía la tesis de muerte cerebral = muerte, acudiendo a un hecho médico-empírico. No se trata de una nueva definición de muerte, sino de un cierto indicio de muerte, después de que el paro cardíaco ha dejado de cumplir esa función. Los oponentes, una minoría, sostenían que el muerto cerebral aún vive. Y concluían que no debía permitirse el explante. Esto tornaba tensa la discusión, unido además a que parte de los medios de comunicación removieron el fuego con reportajes sobre ciertos casos de diagnóstico fallido de muerte cerebral. (Respetando las "directrices para establecer la muerte cerebral"<sup>5</sup> de la Cámara de Médicos Federal y su realización por neurólogos o neurocirujanos experimentados quedan, hoy por hoy, prácticamente excluidos los diagnósticos fallidos). Una minoría dentro de la minoría rechazaba la tesis muerte cerebral = muerte pero consideraba a la par legítimo el transplante. El legislador siguió naturalmente a la mayoría. La mayoría insistió, sin embargo, en que la ley tendría que dejar claro que el explante de órganos muertos cerebrales es una donación de órganos *post mórtem*. Aquí el legislador se topaba con la dificultad de que decretar desde el estado lo que es la muerte y cuando se da ésta exactamente, superaba su competencia.

Este dilema ha dejado su huella en la ley. Según el artículo 3 apartado 1 se permite el explante "si se ha constatado la muerte según los criterios del estado de la ciencia médica" (ninguna mención a la muerte cerebral). Según el artículo 3 apartado 2 la extracción no es viable "si antes de ésta no se ha constatado el paro definitivo e irremediable de todas las funciones del cortex cerebral, del cerebelo y del tronco cerebral" (se menciona la muerte cerebral pero tan sólo como criterio de explante). Ambos párrafos no dejan ninguna duda acerca de que la muerte cerebral sea vista como la muerte del hombre. De todas formas, la ley exige la muerte de todo el cerebro y veta la muerte cerebral parcial como criterio de extracción.

Respecto al consentimiento del donante existían tres alternativas a debatir. Por el primer puesto competían el respeto de la voluntad del donante requerido por la ética individual y el interés social creciente en la oferta de órganos. Según la "propuesta de no negativa" ("Widerspruchslösung") la extracción de órganos estaría permitida, cuando ni el donante ni sus parientes más próximos no objetaban nada en contra. Según la "propuesta de información" ("Informationslösung"), si bien los parientes cercanos debieran ser informados de la intención de un explante de órganos, siempre que por parte del donante no se hubiese tomado ninguna postura, a estos no se les interrogaría al respecto. Si no hubiese ninguna negativa, se podría extraer. La "propuesta de asentimiento" ("Zustimmungslösung") hacía necesaria una intención expresa de asentimiento. Los seguidores de una "propuesta de asentimiento estricta" exigían un asentimiento documentado del donante de órganos. Para la "propuesta de asentimiento amplia" sería suficiente su presumible asentimiento, de no existir un deseo expreso del donante. La decisión pasaría a manos de los parientes más cercanos (o a una de las personas asignadas por el donante para tomar la decisión). En ley ha entrado la propuesta de asentimiento amplia.

### **Muerte cerebral: ¿saber o convención?**

En el debate en torno a la voluntad de los donantes se podía tener la impresión - como por cierto en muchos debates actuales de ética médica en los que se destaca la autonomía del paciente - de que el único mandamiento ético a tener en cuenta sea el respeto por la decisión propia del afectado. A pesar de que ni siquiera la actuación apropiada del médico puede imponerse contra la voluntad del paciente, tampoco el médico puede hacer depender su actuación sólo de lo que el paciente quiera. Éste puede exigir que se deje de hacer algo pero no el que se actúe de una forma determinada. También el médico es un sujeto ético. La voluntad del paciente es importante para él, pero como instancia subordinada. Ayuda en la decisión definitiva entre varias alternativas, que en sí mismas están permitidas éticamente. La voluntad del paciente no puede justificar una acción éticamente reprochable. Esto es válido tanto en el caso de muerte solicitada como cuando no se accede a amputar la pierna sana de un mendigo que lo desea porque espera obtener así elevados ingresos. También en la cuestión central de la Medicina de transplantes, que sigue siendo la cuestión del estado de la muerte cerebral, la voluntad del donante no sustituye la justificación objetiva ética.

En la discusión alemana sobre la muerte cerebral, muchos filósofos y teólogos opinaban que competía a los médicos el decir cuando ocurre la muerte. Ya el Papa Pío XII<sup>6</sup> había expresado lo mismo. Con vistas a la constatación del momento exacto de la muerte - desde el punto de vista de la religión acerca del momento exacto de la separación del alma y el cuerpo - llamaba la atención incluso sobre la inexactitud de conceptos como "separación" y "cuerpo". El alma no es una sustancia visible y su separación del cuerpo como tal no se puede observar. Se trata de constatar cuando acaba el efecto del alma, es decir, cuándo deja de transmitir vida al cuerpo - al organismo, como totalidad unitaria, debemos interpretar completando. Así se expresa la Iglesia Católica hasta el momento. Sin embargo Pío XII, al rechazar la competencia eclesial para constatar el momento exacto de la muerte e indicar que esto era cosa de los médicos, debiera haber exigido que éstos los constatasen con medios científicos médico-empíricos y no forzando la Filosofía.

En el mundo de la Medicina se reconoce ampliamente que los muertos cerebrales ya no viven: son cadáveres. La muerte cerebral se considera la muerte del hombre.

Surgen entonces tres cuestiones:

1. ¿Descansa esa validez sobre el saber?
2. Si es así, ¿descansa ese saber sobre conocimientos científicos empírico-naturales?
3. ¿O depende de una fundamentación filosófica adecuada?

Si la ecuación muerte cerebral = muerte es el resultado de un acuerdo con el fin de que en vistas a una cuestión indecisa se declare como fundamento general de actuación un supuesto plausible. Su justificación y sus límites quedarán por examinar críticamente.

Para la segunda cuestión existe por de pronto una respuesta corta, a cuya profundización se unen más reflexiones. La respuesta corta: un muerto cerebral con respiración artificial permanece caliente,

suda, muestra todavía reflejos; un cadáver se pone frío, rígido, cambia de color, desprende olores de putrefacción. Apelando al empirismo no se pueden considerar como idénticos dos estados o procesos obviamente distintos.

La decisión del comité de Harvard *ad hoc* de 1968 de fijar<sup>7</sup> la muerte cerebral como criterio de la muerte respondía, por un lado, a una razón práctica: legitimar la extracción de órganos en los muertos cerebrales; por otro lado, a una razón objetiva: el paro cardíaco había dejado de ser un claro indicio de muerte como consecuencia de la reanimación a través de masajes cardíacos y, aún con más razón, con el trasplante de corazón. Con el empleo de la máquina de circulación extracorpórea que sustituye corazón y pulmones, el corazón ya no constituía, en sentido estricto, un órgano necesario para la vida. Quien recibe el órgano en un trasplante de corazón, vive un tiempo sin él. La experiencia de que al paro cardíaco le seguían irremediamente las señales infalibles de la muerte: interrupción de la comunicación, inmovilidad, enfriamiento, rigidez, demudación, olor pútrido era la razón por la que éste era considerado un indicio fiable de muerte. Se sabía, sin embargo, que el cerebro reacciona muy sensiblemente a un fallo de la circulación sanguínea interrumpiendo las funciones cerebrales. Transcurridos 10 minutos, el cerebro está totalmente destruido. El fallo de las funciones cerebrales lleva a una parálisis de la respiración, ésta a que el corazón no es alimentado con oxígeno, con lo cual se produce el paro cardíaco y el resto de las ya conocidas señales de muerte. Ante esta interdependencia de corazón y cerebro era lógico ver el fallo irreversible de las funciones cerebrales, mejor, en la destrucción de todo el cerebro, la indudable y decisiva señal de muerte. Hasta aquí nos movemos en el terreno del empirismo, de la experiencia médica.

Si el fallo de las funciones del cerebro se da, sin embargo, en un paciente que está conectado a un respirador - sólo en este caso hablamos en sentido estricto de muerto cerebral - no siguen entonces ni el paro de corazón, ni los otros conocidos indicios de muerte. El respirador actúa (si es el caso con aval de otras medidas) como prótesis, que sustituye una función cerebral importante. Así como cualquier prótesis sustituye una función corporal, como en el caso del marcapasos la regulación del corazón, el respirador carga con el control de la respiración. El corazón sigue latiendo, la circulación sanguínea del muerto cerebral sigue funcionando. Pero se trata - según el concepto de muerte cerebral - de un cadáver.

La muerte cerebral se declaró como señal irreversible de muerte, porque - según el razonamiento original - a ésta le sigue también el paro cardíaco. Con otras palabras porque, según los conocimientos médicos, es imposible vivir sin el funcionamiento del cerebro. En la unidad de cuidados intensivos, esta imposibilidad médica se enfrenta al hecho de que, con respiración artificial, siguen funcionando el corazón y la circulación sanguínea. Desde el punto de vista médico se suele argumentar que el muerto cerebral está, a pesar de todo, muerto, pero que la función de la circulación sanguínea se mantiene desde fuera de forma puramente maquina y técnica.

Este argumento es interesante porque nunca se utiliza si alguien vive sólo gracias a un marcapasos, que en su caso solo garantiza el funcionamiento de la circulación sanguínea desde fuera y técnicamente. Si bien el respirador es una condición indispensable para que permanezcan las funciones fisiológicas en el muerto cerebral, no es condición suficiente. No se trata solamente de una función más o menos mecánica de la circulación. En el organismo del muerto cerebral se mantienen el metabolismo y la homeostasis; se suceden procesos de desgaste de energía; se aprovecha la

alimentación; se puede incluso continuar con un embarazo. Todo esto no son las funciones propias y naturales de una bomba de aire, de una infusión de alimentos y de, por ejemplo, eventuales medios añadidos para estabilizar la circulación.

### **¿Filosofía o experiencia?**

Mucho más peso tiene el argumento de los que defienden la tesis de muerte cerebral = muerte, alegando que un hombre está muerto cuando el organismo, en la totalidad de su funcionamiento integrador, deja de existir. Este es el caso en la muerte cerebral, puesto que el cerebro integra las funciones corporales en un todo unitario. La fórmula corta es: sin cerebro no hay integración del organismo. Sin embargo, no se puede fundamentar esta tesis sin recurrir a razonamientos filosóficos. Aunque se podría pensar que la pregunta "¿Qué es la vida?" es una pregunta biológica. Así parte p. ej. el internista y cardiólogo vienés Johannes Bonelli del supuesto de una clara determinación de la muerte del hombre por datos biológico-empíricos: la muerte es la descomposición, es decir, el cesar de la integración del organismo. Y éste último es empíricamente accesible. Pero los razonamientos precedentes de Bonelli confrontan antes al lector con unos criterios de la vida altamente filosóficos. Entre ellos distingue algunos criterios de vida en general (que también los cumplen células aisladas, órganos y sistemas de órganos vitales) como *inmanencia* y *autodinámica* de criterios propios sólo de un ser viviente, así e.g. *ser completo* o *identidad*.<sup>8</sup>

Bonelli interpreta las "señales de vida" que quedan en el muerto cerebral como expresión de las funciones vitales todavía subsistentes de órganos particulares o de sistemas de órganos entrelazados entre sí. En vista de las funciones vitales que trascienden los órganos particulares (¡la continuación de un embarazo!), las atribuye a sistemas de órganos todavía interactivos, para las que crea el término "biotopo de órganos". ¿Se trata, pues, de un saber empírico o de una interpretación basándose en premisas filosóficas convenientes?

La línea de argumentación de Bonelli supera, desde luego, a otra que compite con ella, la llamada "teoría mental". Ya que el muerto cerebral ha perdido definitivamente determinadas capacidades típicamente humanas, en todo caso se trata de la muerte de la persona. Aunque el muerto cerebral viva todavía biológicamente, la persona ha muerto. Lo problemático de esta teoría es que en la muerte distingue entre una muerte de la persona y una muerte biológica. Y aún más problemático es que se divida la existencia humana en una existencia personal y en una biológica. Esta argumentación relaciona el ser persona con determinados rendimientos de la conciencia o con determinadas funciones cerebrales, las que sean, y las declara determinantes del ser persona<sup>9</sup>. Pero estas funciones no cesan una vez destruido todo el cerebro, sino cuando el cortex está destruido o dañado y el paciente sigue respirando aún espontáneamente. La "teoría mental" nos tienta a darlo ya por muerto ("muerte cerebral parcial")<sup>10</sup>.

La "teoría mental" y la "teoría de la integración" tienden a situar al yo del hombre en el cerebro. El resto del cuerpo se convierte en un mero complemento orgánico. La "teoría mental" no es aceptable, porque carga a la explicación ontológica de un fenómeno médico un concepto de persona empíricamente inaccesible. Se introduce una división entre hombre y persona. "Persona es el mismo hombre, no cierto estado del hombre", escribe Robert Spaemann. Los hombres vivos que "manifiestamente no son capaces de dar ninguna señal exterior de vida, no son de ninguna manera otro tipo de seres. Sólo podemos describirlos como defectuosos, enfermos."<sup>11</sup>

El reto de distinguir entre una muerte normativa y una muerte descriptiva es objeto de un estudio filosófico-moral de Ralf Stoecker. Parte del llamado "supuesto ético fundamental", casi generalmente aceptado, según el cual con la muerte cambia instantáneamente la situación ética del que está muriendo. Merece todo el respeto moral, disfruta de la protección moral de su vida hasta perderlos de golpe en este instante que le convierte en cadáver. Stoecker analiza sistemáticamente los planteamientos filosóficos que, a lo mejor, podrían permitir identificar - fuera de la descripción biológica - un límite unívoco que marque la pérdida de la personalidad moral, y los desecha todos. Concluye que el morir del hombre no consiste en padecer una secuencia de muertes distintas sino en un proceso en el que pierde funciones distintas, normalmente en una secuencia rápida. En el caso de la muerte cerebral disociada queda interrumpida esta secuencia normalmente rápida. Con respecto a la ética de los transplantes, Stoecker considera por eso equivocado buscar este límite unívoco. Habría más bien que ver cuales de las pérdidas padecidas en el proceso de morir son las suficientes para justificar moralmente un transplante de órganos.<sup>12</sup>

Entre los autores referidos por Stoecker, destaca W.V.O. Quine por su solución semántico-pragmática del problema de encontrar una sola propiedad que determine la identidad personal del hombre. Según Quine, es una cuestión de convención idiomática. Si nos parece conveniente, llamamos persona al cuerpo humano.<sup>13</sup> Efectivamente no es demostrable el significado de una expresión, si no depende de - lo han advertido Mary Geach y Luke Gormally<sup>14</sup> - en qué sentido se emplea. Por lo tanto, de la ecuación muerte cerebral = muerte se deduce inmediatamente un problema de lenguaje no despreciable, detrás del cual se oculta un problema de comprensión.

Que los médicos hayan sido desde siempre llamados a constatar la muerte, no significa que sepan más sobre lo que es la muerte. En todo caso, podían constatar la muerte antes y más libres de error. Lo que siempre constataron fue que no podían seguir constatando señales de vida. Esta constatación acababa imponiéndose rápidamente a cualquiera y se decía: él o ella está muerto, muerta, o bien: ha muerto. La constatación de la muerte cerebral es complicada justo porque hay señales de vida, porque el muerto cerebral para el espectador sin prejuicios no está muerto. Si la muerte cerebral es una señal de muerte, la constatación de que alguien está muerto queda fuera de la comprensión y la experiencia humana. Esto se refleja en lenguaje. No es sólo el sentido común el que se rebela contra "un cadáver con latidos de corazón". Cualquiera que sentado en la cama de su esposa sintiese su pulso, tendría que dominarse mucho si le dijese que está muerta. Y el habla enmudece si se le ha de enumerar que es lo que realmente sucede al desconectar el respirador: si ya está muerta, tampoco puede "morir realmente".

El concepto de muerte cerebral obliga a trasladar la competencia de una experiencia humana tan elemental como es el encuentro con un muerto a una instancia científica. Esta alienación plantea el problema de los diferentes horizontes de comprensión del mundo humano generalmente experimentable y del conocimiento científico. Cierto es, aún así, que la comprensión científica tiene una base irrenunciable en la experiencia humana general. Günther Pöltner lo ha mostrado de forma convincente<sup>15</sup>.

Quien en cada caso vive o muere, escribe Günther Pöltner en otro artículo (que curiosamente apoya el concepto de muerte cerebral), no es un organismo, sino éste o aquel hombre determinado. La ciencia se encarga, legítimamente, sólo del cuerpo humano como organismo vivo. Esta es una reducción consciente, que también debiera permanecer consciente, ya que la vida no es

una propiedad del organismo, ni tampoco una propiedad del hombre, sino su forma de existencia. Pero el cuerpo humano es el medio esencial de la existencia humana. Por eso el hombre deja de existir con la pérdida de la unidad íntegra de su cuerpo.<sup>16/17</sup>

Precisamente para expresar la unidad y totalidad íntegra de un ser vivo, la Filosofía antigua introdujo, como es sabido, el término de alma. El alma, no compuesta, sino realidad unitaria, era el principio de la vida. Ya con Platón la muerte consistía en la separación de alma y cuerpo.<sup>18</sup> Éste se desintegraba enseguida por estar constituido por partes. Para Platón el hombre era su alma. El cuerpo era irrelevante<sup>19</sup>, inferior, la cárcel del alma<sup>20</sup>, su instrumento<sup>21</sup>. La idea de que el cuerpo, también independientemente del alma, pueda existir biológicamente, sería posiblemente reconciliable con las ideas de Platón.

Sin embargo, con Aristóteles y Tomás de Aquino no cabe el reconocerle al cuerpo una existencia propia. El alma es la forma del cuerpo y el principio de la vida de cualquier ser animado<sup>22</sup>. Si se separa el alma del cuerpo, el hombre ya no existe, el cuerpo es un cadáver que se corrompe. El alma subsiste, pero ya no es toda la persona, que es el hombre (y - como Tomás sigue pensando teológicamente - será otra vez con el cuerpo de la nueva creación)<sup>23</sup>.

Resumiendo lo que dicen los filósofos: muerto es quien no está en condiciones de preservar la unidad de su cuerpo vivo<sup>24</sup>. Y vida es en pocas palabras: *automotio*, movimiento desde uno mismo<sup>25</sup>. Lo cual exige una vez más la unidad íntegra de un organismo.

Entonces, el mantenimiento en el muerto cerebral de la circulación, del metabolismo, de la homeostasis, ¿es un estado estático o un proceso dinámico, movimiento? Sí, es movimiento, esto es *motio*, pero no *automotio*, dicen los que consideran este movimiento como algo movido "artificialmente" desde fuera. Pero ante los embarazos que se han podido llevar a término con éxito no se puede decir esto con certeza.

Al dinamismo interior del principio de vida de cada uno de los seres vivos que observamos, Aristóteles lo denomina "entelequia"<sup>26</sup>. Denomina alma a la primera entelequia de un cuerpo orgánico<sup>27</sup>. Tomás traduce esto como "anima est primus actus corporis physici organici". Así como en Tomás *actus* y *potentia* son opuestos complementarios, lo son *energeia* (frecuentemente sinónimo de entelequia) y *dynamis* en Aristóteles. No se debe confundir entelequia con potencialidad. Ésta última está abierta a diferentes posibilidades de desarrollo. En-te-echeia tiene, como la palabra misma indica, el fin en sí misma. El fin (telos), el término (en el sentido de perfección) es el motor verdadero de vida. En el motor entelequial de la vida (alma) se anticipa la fáctica vida futura que pugna por hacerse realidad.

Aristóteles ya ha planteado los términos de la cuestión sin dar ninguna respuesta satisfactoria para nuestros fines médicos. ¿Ha llegado el muerto cerebral a su telos, a su final? ¿Se ha apagado el principio de vida, su motor? ¿O las señales de vida del muerto cerebral testimonian que todavía hay *energeia*? Sin embargo, quizás Aristóteles arroja una luz de por qué precisamente a los médicos les cuesta tanto separar claramente los conocimientos empíricos de las explicaciones filosóficas. El médico transita entre dos mundos: el de la causa eficiente y el de la final. Por un lado ha de trabajar científicamente y por otro curar. En la ciencia no existe causa final. Todo ha de ser conducido a la causa efectiva. Pero curar ya es de por sí un concepto entelequial: determinado por la meta, dominado por el pronóstico. En el muerto cerebral no hay pronóstico. Esto sólo se había dado hasta ahora en la muerte.

El filósofo Pöltner y el médico Bonelli coinciden en pensar que el hombre deja de existir al perder la unidad íntegra de su cuerpo. Sólo se puede hablar de vida en sentido propio en referencia a un hombre concreto. A partir de las funciones vitales de determinados órganos o de un conjunto de órganos relacionados entre sí sólo se puede hablar en sentido análogo de "vida". Del mismo en el caso del muerto cerebral, que Bonelli califica por ello de "biotopo de órganos".

Y así ambos siguen la "teoría de la integración" que va mucho más lejos y que busca el puente de enlace hacia la empiria. Explican que, con la muerte cerebral, el organismo está en proceso de desintegración. Aunque éste se retrasa o se para exterior o artificialmente, la muerte cerebral es la muerte del hombre. Se presupone la máxima, cuya validez está por demostrar: "sin cerebro no hay integración".

### ***La muerte cerebral entre la vida y la muerte: ¿un tertium comparationis?***

Hechos empíricos demuestran, por un lado, que con la destrucción del cerebro desaparecen numerosas funciones de control en el organismo y que, por otro lado, todavía permanecen considerables funciones fisiológicas coordinadas. ¿Se puede trazar una línea de separación entre una unidad orgánica "todavía" integrada - si bien gravemente dañada - y un "mero" conjunto de órganos desintegrados? La respuesta a esta pregunta depende de una decisión puramente cuantitativa: ¿qué punto de integración o de coordinación permite hablar de vida? o ¿a partir de qué nivel de integración o coordinación es preferible hablar de muerte? En ese caso sólo se puede decidir por convención.

Pero presupongamos por una vez que, con la pérdida de las funciones integradoras del cerebro, se desintegra el organismo dependiente. Este paciente está por lo tanto muerto. Llega entonces un paciente con hemorragia o con un tumor, que ha destruido gran parte del tronco cerebral, sin que todo el encéfalo esté directamente afectado. Todavía se dan algunas funciones corticales, incluso quizás aún consciencia y apreciación de los sentidos<sup>28</sup>. La respiración se ha paralizado. Del mismo modo no hay control cerebral del cuerpo dependiente como en el caso de destrucción cerebral total<sup>29</sup>. Por lo tanto, el cuerpo dependiente está en el proceso de desintegración - según la teoría de la integración -, y las funciones de los órganos que aún permanecen sólo son señales de vida en sentido análogo. Aunque este paciente vive sin lugar a dudas, según el mismo concepto de la muerte cerebral, puesto que éste exige el paro irreversible de toda la función cerebral, la necrosis de todo el cerebro. En este caso, la máxima de que sin control cerebral no hay integración, sino descomposición del cuerpo, nos falla por tanto.

No se puede establecer un puente entre la comprensión empírica de los órganos o sistemas de órganos que siguen manteniéndose en funcionamiento, y la idea de una suficiente totalidad integrada del cuerpo, como se dice de un hombre vivo. Por los datos puramente empíricos también se puede interpretar el cuerpo de un hombre sano tan sólo como un conjunto de órganos en buen funcionamiento y técnicamente disponibles.

A la pregunta sobre el estado de los muertos cerebrales no hay una respuesta clara en el sentido de las alternativas tradicionales: o bien vive o está muerto. Se trata de un fenómeno totalmente nuevo - fuera de cualquier experiencia humana hasta ahora conocida en el trato con vivos y muertos -, ya que la muerte cerebral sólo es visible bajo respiración artificial. Por eso se sustrae a

cualquier designación con ayuda de la lengua que refleje nuestra experiencia humana. La lengua humana se caracteriza por la dicotomía entre vida y muerte. ¿La muerte cerebral es acaso un *tertium comparationis*?

En la ciencia moderna los elementos de indeterminación sorprenden pero ya han dejado de ser algo extraordinario desde el teorema de Gödel en las Matemáticas y la relación indefinida en las Físicas. Pero, ni en los problemas sin resolución de Gödel en las Matemáticas, ni la relación indefinida en la Física cuántica conllevan la necesidad de actuación definida. En el caso de la muerte cerebral es distinto. Y, sin embargo, - o precisamente por eso - sería deseable reducir la falta de definición de la muerte cerebral a un problema de especialidad científica.

El entender la muerte cerebral como un tercer estado biológico al lado (e intermedio) de la vida y la muerte es, al menos, un camino más sincero que el afirmar saber que el muerto cerebral aún vive o está muerto. El estado especial no contiene ninguna afirmación ontológica, a no ser en sentido ficticio. Se trata de una exigencia epistemológica de delimitación. Su razón reside en la inutilidad, la ineptitud de los conceptos disponibles para hacer justicia al estado de las cosas. Pero el estado especial no es algo fijado por razones puramente pragmático-rationales, teleológicas para legalizar o legitimar éticamente una actuación concreta, ej. transplantes de órganos (acuerdo normativo). Lo cierto es que el muerto cerebral ha sobrepasado de manera única y objetiva el "punto de no retorno". Con ayuda de asistencia técnica, por decirlo de alguna manera en una lengua inservible, ha sobrevivido su muerte natural.

El médico ha de aceptar la muerte natural. El diagnóstico de muerte cerebral exige el omitir - es decir, parar - medidas que alarguen la vida. El actuar de otra manera exigiría una justificación. El estado especial epistemológico - así mi tesis - cumple esta condición bajo la cual es válida la donación de órganos como un último acto legítimo de entrega a un enfermo grave curable.

### **Consecuencias éticas para la medicina de Transplantes**

Para la valoración ética de la extracción de órganos en muertos cerebrales existen tres posiciones fundamentales según la interpretación del estado ontológico del muerto cerebral:

1. Si se trata con seguridad de un vivo, no está permitida la extracción.
2. Si existe la certeza de que está muerto, está permitida la extracción.
3. Si no hay certeza de que viva o esté muerto, la explantación parece estar - según los principios éticos de tutorismo - más bien no permitida<sup>30</sup>.

Un ulterior análisis de la tercera posición señalará si cabe o sobra una cuarta, la nuestra. Al análisis ético hay que someter dos preguntas: a) ¿Es justificable aplicar medidas de prolongación de la vida al muerto cerebral? b) ¿Es lícita la extracción de órganos de necesidad vital?

Con respecto a 1): Las medidas de prolongación de la vida sin perspectiva de mejoramiento del estado de un enfermo cercano a la muerte no son moralmente justificables. Pero tampoco la prolongación de la vida es en sí misma una acción mala. Objetivamente, el muerto cerebral no puede ser considerado como medio para un fin ajeno. Este no es el caso cuando se atiende y cuida como es debido. Pero para calificar de moral una acción no basta que sea buena la realización, sino también el fin que la mueve. La salvación del niño de una embarazada muerta cerebralmente cumple esa

condición, pero la extracción de un órgano para curar a otro, sólo la cumple cuando la misma extracción esté éticamente permitida. Si no es así, tampoco está permitido ni el prolongar la vida, ni la perfusión. Naturalmente que también debe constar la aceptación del donante (o en su caso la presumible).

Con respecto a 2): Confirmaría al supuesto y a la praxis corrientes.

Con respecto a 3): Si es incierto si el muerto cerebral vive o está muerto, es también incierto si el médico, al extraer el órgano, lo mata. Para la consideración ética tutorista, la extracción no está permitida. A no ser que el paciente no "muera" por la extracción, sino como consecuencia de finalizar con las medidas de mantenimiento de la vida. Esto es posiblemente difícil de distinguir, ya que una de las premisas de la Medicina de transplantes es que el hombre puede vivir un tiempo sin el órgano que ha de ser transplantado. Quien ha de recibir otro corazón, un pulmón o un hígado vive un tiempo sin este órgano. La técnica empleada para ello también podría aplicarse, en caso de duda, al donante, para estar seguro de que sobrevive por un instante al explante. Esta técnica debería ser suspendida inmediatamente según las indicaciones. Las dos causas de muerte posibles se acercan tanto que no se puede distinguir la una de la otra. Pierde sentido afirmar que se mata al muerto cerebral. También en el sentido de que, si éste sigue viviendo, el tratamiento no le acorta la vida sino que se la prolonga (el "tratamiento" abarca la prolongación de la vida y el explante como una conexión en el sentido de una unidad de actuación de descripción ética).

El nuevo fenómeno introducido por la técnica médica, de que el muerto cerebral se encuentra en una situación más allá de su muerte natural, es evidentemente la razón del fallo conceptual. La reflexión ética se tiene que liberar aquí de conceptos ineptos frente a su objeto. Pero tampoco puede ofrecer analogías para casos donde esos conceptos sí son válidos, Ej. para la valoración ética de la muerte solicitada. A esas exigencias les favorece el reconocer en la muerte cerebral un tercer estado biológico entre la vida y la muerte. Las consecuencias éticas se reducen al trato con los muertos cerebrales. Y permiten transmitir esa limitación a las leyes.

Los transplantes no representan el único interés posible en los muertos cerebrales. Presuponiendo una mejora futura de la técnica, se puede uno imaginar a un muerto cerebral como objeto de ejercicio para estudiantes de cirugía. O bien depósitos de muertos cerebrales con respiración artificial como bancos de órganos o de producción de hormonas, o bien mujeres como "máquinas para parir" niños extraños. Ya en 1968 Hans Jonas describió escenarios de este tipo<sup>31</sup>.

A la hora de traducir la reflexión ética en textos legales, parece ser de no poca importancia tener en cuenta eventuales desarrollos científicos futuros. Pueden despertar otros intereses que los transplantes - ahora insospechados - en los muertos cerebrales. Importa al menos no perjudicar la protección frente a posibles abusos. El identificar jurídicamente la muerte cerebral con la muerte, su ecuación, impedirá la distinción entre fines prácticos legítimos y abusivos para los que se recurrirá a la disponibilidad de cadáveres. Una equiparación legal de la muerte cerebral con la muerte en contra permite que la misma ley puede a la vez limitar la vigencia de la equiparación a una determinada finalidad Ej. los transplantes - e imponer condiciones para el ejercicio de efectos prácticos.

Del especial estado epistemológico sigue una ética del trato con muertos cerebrales, en la que cabe una ética de transplantes mejor protegida de falsas interpretaciones:

I. Frente a la ecuación muerte cerebral = muerte exige o muestra más claramente:

- seguridad frente al relativismo de la muerte cerebral (muerte cerebral parcial)
  - protección frente al abuso de los muertos cerebrales (como ya se ha descrito)
  - responsabilidad al cuidar y diagnosticar
  - lo relevante de la voluntad del donante para la extracción
  - el carácter de donación de órganos como un último acto de entrega
2. Frente a la interpretación de que el muerto cerebral aún vive, destaca:
- el permiso ético de la donación de órganos y de la extracción
  - el acto de entrega (en lugar de dejar morir a un muerto cerebral renunciando a la curación de una receptor de órganos)
3. Frente a la situación de la duda de si el muerto cerebral está muerto o vive todavía, es apropiada para
- superar la desconfianza en la opinión pública contra la Medicina de Transplantes (contradicción a las apariencias, alienación de la lengua, convertir la muerte en algo científico, sospecha de intereses reales)
  - fomentar la disposición a donar órganos.

Precisamente el percibir a un miembro de la familia "vivo" y ser instruido que está muerto provoca la desconfianza de la gente. Sin embargo, si se explica que ya no se puede hacer nada más, que el cerebro está completamente destrozado, que el muerto cerebral nunca volverá a respirar por su cuenta, que todo terminará desconectando el respirador y que continuar con éste sólo tiene sentido si permanece abierta a posibilidad de ayudar con una donación de órganos a un enfermo de gravedad, entonces, quizá, ante a apelación a la generosidad, se reaccione generosamente.

- 1 Ministerio de Sanidad de la República Federal Alemana, *La ley de transplantes*, folleto informativo diciembre 1997, 30.
- 2 Con la prohibición del comercio de órganos, la ley excluye una solución comercial de la distribución de órganos. Tampoco cabe una solución por lotería o a través de clubs (las personas dispuestas a donar, son también las primeras beneficiarias y se organizan en consecuencia). Los centros de transplantes llevan unas listas de espera, dentro de las cuales se ha de tener en cuenta criterios médicos: a) necesidad, b) perspectiva de éxito, c) urgencia del trasplante. Según esto, entra en discusión sobre todo el peso de cada uno de los criterios (scoring). También se debate, más bien por los no especialistas, el tener en cuenta el valor social del paciente (social value), la sanción por una eventual culpabilidad de la enfermedad, tal como la cirrosis de hígado de un alcohólico (a diferenciar del criterio médico de perspectiva de éxito, en la que cabría la perspectiva de acabar con el alcoholismo) y el reparto según un mero cálculo de costes/beneficios (QALY).
- 3 Al respecto más detalladamente: Hans THOMAS, *Ethik und Pluralismus finden keinen Reim. Die Ethikdiskussion um Reproduktionsmedizin, Embryonenforschung und Gentherapie*, in: Scheidewege - Jahresschrift für skeptisches Denken, Jg. 20, 1990-91, 121-140, esp. 129 ss.
- 4 *Weißbuch Anfang und Ende des menschlichen Lebens - medizinischer Fortschritt und ärztliche Ethik*, hrsg. v. Vorstand der Bundesärztekammer, Köln 1988, 119.
- 5 Deutsches Ärzteblatt 1998, C 1381-1388
- 6 Pio XII, *Risposte ad importanti quesiti sulla "reanimazione"*, 24.11.1957, en Discorsi e radiomessaggi di S.S. Pio XII, vol. 19, 612-621
- 7 BEECHER H.K., *A definition of Irreversible Coma. Report of the Ad hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the Definition of Brain Death*, in: JAMA 205, 1968, 337-340
- 8 BONELLI J., *Leben - Sterben - Tod*, en: Johannes Bonelli (ed.): *Der Status der Hirntoten. Eine Interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens*, Wien-New York 1995, 83-112./ y más reciente: BONELLI J., E.H. PRAT, N. AUNER, R. BONELLI, *Brain Death: Understanding the Organism as a Whole*, en *Medicina e Morale* 1999/3, 497-515.  
En 1995 Bonelli da 2 criterios para la vida en general: *Immanencia* (=autoorigen) y *autodinámica* (=automoción). Y 3 criterios más para un ser viviente: *unidad completa* (=indivisibilidad), *autointegración* (=autoconfiguración) y *autoidentidad* (=continuidad).  
En 1999 los criterios aparecen más diferenciados y son 8, 4 para cada caso. Para la vida en general: 1. *Dinámica* (señales de vida como metabolismo, regeneración, crecimiento, propagación y también pulsación, respiración, locomoción); 2. *Integración* (interacción de las partes); 3. *Coordinación* (orden en las interacciones); 4. *Immanencia* (origen de 1.-3. de la vida misma). Para un ser viviente: 1. *Ser completo* (no parte de una unidad mayor); 2. *Indivisibilidad* (ni componible); 3. *Autoreferencia* (finalidad en si mismo); 4. *Identidad* (continuidad biográfica; no se integra en la identidad de otro como ocurre con células, órganos y sistemas de órganos transplantados).  
La comparación 95/99 lleva a sospechar algunas dificultades al atribuir los criterios en sus detalles: la palabra integración aparece atribuida primero al ser viviente, después a la vida en general. A esta última —propia también de partes vitales no integradas del organismo— se atribuyen metabolismo, regeneración, crecimiento, propagación y también pulsación, respiración y locomoción.
- 9 Con tanta decisión: Peter SINGER en: *Praktische Ethik*, Stuttgart, 1984; pero también Hans M. SASS, *Hirntod und Hirnleben*, en H.M. Sass (Hrsg.) *Medizin und Ethik*, Stuttgart 1989, 160-181
- 10 Sobre la muerte cortical ver entre otros: BELLER F.K., REEVE J., *Brain Life and Brain Death - The Anencephalic as an Explanatory Example. A Contribution to Transplantation*, in: *J. Med. Philos.* 14, 1989, 5-23; DEVETTERE R.J., *Neocortical Death and Human Death*, *Law Med. Health Care* 18, 1990, 96-104; GERVAIS K.G., *Redefining Death*, New Haven, 1987; Gillet G.R., *Consciousness, the Brain, and what Matters*, in *Bioethics* 4, 1990, 181-198.
- 11 SPAEMANN R., *Person ist der Mensch selbst, nicht ein bestimmter Zustand des Menschen*, in Hans Thomas (Hrsg.): *Menschlichkeit der Medizin*, Herford 1993, 261-276, aquí: 272
- 12 STOECKER Ralf, *Der Hirntod. Ein medizinisches Problem und seine moralphilosophische Transformation*, Alber *Praktische Philosophie* Bd. 59, Freiburg-München 1999.  
Para la aceptación general del "supuesto ético fundamental" (muerte = cambio repentino de la protección del moribundo a la disponibilidad del cadáver) Stoecker da una doble explicación: primero que hasta la mitad de este siglo este supuesto "era para todos fines prácticos casi correcto" (332) y segundo "la idea todavía ampliamente vigente de que los hombre tienen algo como un núcleo de alma que también moralmente constituye su personalidad. Si es el alma que es responsable de que seamos personas morales, y si con la muerte se separa del cuerpo, entonces está claro que la muerte es un cambio repentino, desde un ser moralmente respetable a los meros restos 'mortales'" (334). Por eso Stoecker rechaza la doctrina del alma.
- 13 "Some philosophers propound puzzles as to what to say about personal identity in cases of split personality or in fantasies about metempsychosis or brain transplants. These are not questions about the nature of identity. They are questions about how we might best construe the term 'person'". Cit. por Stoecker (ibid. 194) de: Willard Van Orman QUINE, *Things and Their Place in Theories*, in: W.V.O. Quine, *Theories and Things*, Cambridge/Mass.-London 1981, 1-23
- 14 MÜLLER Anselm Winfried, *Tötung auf Verlangen - Wohltat oder Untat?*, Stuttgart 1997, 85.
- 15 Cfr. PÖLTNER G., *Menschliche Erfahrung und Wissenschaft*, en: Hans Thomas (Hrsg.): *Naturherrschaft*, Herford 1991, 237-252
- 16 PÖLTNER G., *Die Theoretische Grundlage der Hirntodthese*, in: Johannes Bonelli (Hrsg.): *Der Status de Hirntoten*, Wien-New York 1995, 125-146
- 17 La vida se analizaría en la Ontología analítica actual como un estado de cosas conjuntivo, compuesto de varias propiedades sencillas, que son ejemplificadas por un individuo. Si se señala a las propiedades de la vida con las letras K, L y M, entonces se trata de un estado de cosas general, que un individuo x justo vive cuando ejemplifica las propiedades K, L y M. En la forma de expresión formal: para todos los x: xvive = K (x) & L (x) & M (x). De lo cual se deduce por ejemplo analíticamente, que un individuo al que sólo le falta una de las tres propiedades no vive. Sobre la nueva Ontología analítica cfr. P. ej. Reinhard GROSSMANN: *The Existence of the World*. London/New York: Routledge 1992; Michael J. LOUX: *Metaphysics*, London / New York: Routledge 1998; E. RUNGALDIER / C. KANZIAN: *Grundprobleme der Analytischen Ontologie*, Paderborn, München, Wien, Zürich: UTB (Schöningh) 1998. (La cuestión es si la Biología puede denominar tales propiedades sencillas que caracterizan suficientemente a su objeto, como le es posible a la Química con sus 106 elementos sencillos y la Física con estructuras básicas sencillas en el campo subatómico. Los criterios de vida nombrados por Bonelli posiblemente no cumplirán la condición de una sencillez no derivada.)

- 
- 18 Cratilo, 399 d-e.
- 19 Fedón, 66b - 67b
- 20 Cratilo, 400 c
- 21 La imagen de Platón del carro y su conductor (Fedros, 246 ss) retorna transformado en el dualismo cuerpo-espíritu de un Descartes, en la imagen moderna de espíritu en una máquina o también en un modelo interactivo brain-mind de John Eccles. Aplicado a la problemática de la muerte cerebral, v. H.T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, Oxford Univ. Press 1986
- 22 Aristóteles, *De anima*, 412a27 s.; Tomás de Aquino, *De anima* a2 ad2; también *Summa Theol.* I q 76 aa3, 4.
- 23 Tomás de Aquino, *Summa contra Gentiles* iV, 81; *Summa theol.* Suppl. Q 79 aa2, 3
- 24 Cfr. también JONAS H., *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt/Main (1a. de 1968). Aquí especialmente: *Gehirntod und menschliche Organbank. Zur praktischen Umdefinierung des Todes*, p. 129-241. Lo mismo en: *Against the Stream: Comments on the Definition and Redefinition of Death*, in *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man*, Englewood New Jersey, 1974, 132-40. Cfr. además PALLIS C., *Whole-Brain Death reconsidered. Physiological Facts and Philosophy*, en: *J. of Med. Ethics* 9, 1983, 32-37).
- 25 Platón, Fedro, 245e; Aristóteles, *Física*, 201 a 11; Tomás de Aquino, *S.Th.* Ig 18aa 1, 2.
- 26 *De partibus animalium*, 641 a17-b10 y 645 b14 ss.
- 27 *De anima*, 412 a27 s.
- 28 Algunos casos aislados en los que la consciencia puede ser estimulada a través de estímulos eléctricos los menciona D. Alan SHEWMON: *The Metaphysics of Brain Death, Persistent Vegetative State, and Dementia*, in: *The Thomist*, 49, 1985, 24-80, aquí: 50 (D.A. Shewmon, que representaba radicalmente en 1985 el concepto de muerte cerebral y creía haber encontrado en Tomás de Aquino un apoyo, se colocó más tarde en la posición opuesta).
- 29 Sobre la muerte del tronco cerebral ver entre otros: LAMB D., *Death, brain and Ethics*, Albany New York, 1985, 49 s; INGVAR D.H., BERGENTZ S.E., *Definition of Death and Organ Transplantation — Experiences from Sweden*, in: R.J. White, H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (eds.), *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, Città del Vaticano, 1992, 63-72
- 30 Considerado según la pastoral teológico-católica: El impartir los sacramentos es según los casos 1. ilimitado, 2. absolutamente imposible, 3. sub conditione, (4. correspondería en este sentido a la 3a. posición).
- 31 ver nota 24