Globethics Repository



¿Son los muertos cerebrales seres vivos sin funciones cerebrales, o se trata de muertos que mantienen funciones corporales? [Are brain dead living beings without brain function, or is it dead that keep bodily functions?]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Thomas, Hans
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-02 11:45:30
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203989

¿SON LOS MUERTOS CEREBRALES SERES VIVOS SIN FUNCIONES CEREBRALES, O SE TRATA DE MUERTOS QUE MANTIENEN FUNCIONES CORPORALES? *

Dr. Hans Thomas
Director del Lindenthal Institut (Köln, Alemania)

(Traducción del alemán:
Ricardo Barrio Moreno y José María Barrio Maestre)

1. No es lo mismo muerte que muerte cerebral

Desde siempre los médicos certifican que «ha llegado la muerte». Lo que en cada caso hacen es dar fe de que ya no hay señales de vida. Desde un punto de vista médico, todavía no hemos podido salir de esta definición puramente negativa de la muerte.

El hecho de que se requiera al médico para la certificación profesional y oficial de la muerte no quiere decir que él sepa mejor que los demás qué es la muerte. Los signos infalibles de la muerte de un individuo, de que ya no existe vida, saltan a la vista de cualquiera. Interrupción de la comunicación, inmovilidad, descenso de la temperatura, cambio de color, rigidez muscular, descomposición cadavérica… El médico debe constatar antes que otros, con el mínimo margen de duda o error posible, que todo eso va a suceder de manera irrevocable. Durante milenios, los médicos han enseñado que estas cosas suceden finalmente cuando ocurre la parada cardíaca. Hasta nuestros días eso era válido, el que la muerte llegaba por parada cardíaca, pero hoy puede lograrse la reanimación por medio de masaje del corazón o su trasplante. Ya no pueden considerarse sinónimos la parada cardíaca y la muerte. Para compensar esa diferencia hemos inventado la «muerte cerebral» en caso de duda.

Correcto, necesario, legítimo. Pero puede discutirse si la elección del término «muerte cerebral» fue acertada o no. Se entiende que la muerte le acontece al individuo, no a su cerebro. Es eso lo que se quería señalar. Pero este nuevo diagnóstico aclara tan poco acerca de lo que

* Original alemán: «Sind Hirntote Lebende ohne Hirnfunktionen oder Tote mit erhaltenen Körperfunktionen?, *Ethik in der Medizin* (Springer Verlag), Nr. 6, 1994, pp. 189-207.

la muerte *es* como el término «muerte del corazón». La certificación de muerte cerebral es complicada precisamente porque sigue habiendo signos de vida y porque para el observador imparcial indudablemente el paciente no está muerto. Da la impresión de que tanto la muerte cerebral como la muerte propiamente dicha se han convertido en una competencia exclusiva de la autoridad científica, toda vez que la comprobación de la muerte cerebral se sustrae a la común experiencia de la gente y necesita de un suficiente conocimiento técnico y de un instrumental apropiado. Da la sensación de que se haya descubierto el carácter empírico de la muerte.

La «muerte cerebral» es un diagnóstico de índole médica, sin indicación alguna. Más bien supone dar fin a la misión del médico. Eso lo hace el diagnóstico junto con la clásica certificación de muerte. Quiere esto decir que, en principio, y por regla general, se deja morir al paciente. Toda excepción a esta regla en un caso individual debería motivarse y justificarse de manera suficiente. ¿Puede haber acaso razones suficientes como, por ejemplo, la extracción de órganos para su trasplante? Si no fuera por esto, la muerte cerebral apenas plantearía problemas.

2. Entre el diagnóstico médico de muerte cerebral y el significado de la muerte media un abismo

Hoy en día la muerte cerebral se define ordinariamente como la irreversible pérdida de *todas* las funciones cerebrales (34, 13) o la destrucción del cerebro completo (12, 38). No vamos a entrar aquí en la problemática práctica de ambas definiciones, ni tampoco en la diferencia entre las dos. ¿Cómo saber que la pérdida era irreversible, si se procede a la extracción del órgano con consecuencia de muerte? (12; 38, 35). ¿Y qué seguridad se tiene de que también se han destruido *todas* las áreas del cerebro, si ello se confirma en el tronco cerebral? (14, 25). Aunque se haya comprobado en las arterias principales la detención del flujo sanguíneo, ¿no podría todavía haber partes de la corteza cerebral mantenidas por arterias colaterales que sangran aún? (21, 22, 34). Desde el punto de vista práctico puede describirse la muerte cerebral –más precisamente, la muerte del tronco cerebral– como una situación a la que inevitablemente siguen todos los indicios que siempre han anunciado la muerte, si los aparatos y dispositivos médicos no lo impiden. Esto constituiría un testimonio médico empíricamente fundado. No identificaría la muerte cerebral con la muerte, y se abstendría de decir si –y, en su caso, por qué– resulta lícito impedirla o posponerla. Por la falta de claridad empírica, se suele argumentar filosóficamente, por ejemplo así: Siendo el órgano que garantiza la unidad del organismo viviente, el cerebro es, asimismo, garante de la persona humana. Sin cerebro ésta deja de existir. Nada cambia el que se mantengan artificialmente las funciones capitales del cuerpo, como la respiración y la circulación. La persona, el hombre, está muerto (29). Tenemos ante nosotros un cadáver, aunque la circulación fun-

cione (1, 13). La continuación del riego sanguíneo se entenderá como una función de la técnica médica que consigue mantener la circulación.

El argumento parece plausible, aunque es cierto que con el mantenimiento de la circulación y del conjunto del metabolismo en buena medida se consigue sostener de hecho la «unidad del organismo vivo». Una simple bomba, el respirador artificial, apenas puede servir como causa suficiente; en todo caso, puede considerarse como una ayuda necesaria. Ante todo, este argumento contiene una interpretación que ni se basa en un hallazgo puramente empírico, ni permite ser deducida de manera concluyente de aquél. Contra esta tesis obra la común experiencia humana, que espontáneamente se niega a admitir la idea de un cadáver con el corazón latiendo. Quien está junto al lecho del abuelo y siente su pulso tiene que estar totalmente persuadido de su muerte para considerarle cadáver. Además, esta interpretación, como cualquier otra, es discutible en un contexto pluralista. Alguien podría decir que es persona sólo quien todavía se halla en posesión de una corteza cerebral intacta (18, 19, 37), ya que cuando el córtex está arruinado ya no existen funciones humanas. Aunque el cuerpo todavía reaccione con reflejos, la persona está muerta (8, 15). Desde el punto de vista empírico nadie puede contradecir esto, pero tampoco el que lo afirma puede probarlo. Con la interpretación así modificada cambia también la definición de muerte cerebral (8), y de ahora en adelante los muertos seguirían respirando solos.

La discusión no es nueva, y los argumentos se alzan cuando aparecen intereses pragmáticos que se pronuncian por un nuevo significado[1]. Sin embargo, ya nadie propone entregar libremente cadáveres «calientes» a los estudiantes de Medicina, con objeto de que estudien la anatomía más de cerca y «en vivo», o se ejerciten en la cirugía con ellos[2]. Ahora se trata principalmente de extraer órganos vitales al cadáver para su trasplante[3] o de experimentar con embriones según convenga. El especialista en ética médica Hans-Martin Sass propone, por ejemplo, no considerar a los no nacidos como sujetos humanos mientras su cerebro no sea identificable como ya en formación.

Entre el diagnóstico médico de «muerte cerebral» y la interpretación racional de la «muerte personal» pende un abismo insalvable, si bien se puede pasar por

---

1 «At whatever level we *choose* to call death, is an arbitrery decision (…) It is best to choose a level where, although the brain is dead, usefulness of other organs is still present», según el presidente del Comité Ad hoc de Harvard de 1968, aquí citado según (38), p. 27.

2 Hans Jonas también ve una puerta abierta al empleo de muertos cerebrales en la investigación médica, por ejemplo en la investigación sobre las infecciones, para la producción de sangre, hormonas, etc. Vid. (23) pp. 136 y ss.

3 Esto no se refiere solamente a la necesidad de órganos para trasplantes a partir de los muertos cerebrales, y así, recientemente, un equipo de la Universidad de Pittsburgh/Pa. reclamaba en el llamado «Protocolo de Pittsburgh» la extracción de órganos de muertos o enfermos terminales cuya «muerte cardíaca» fuera inminente, así como la inmediata extracción tras la parada cardíaca si hubiese ya comenzado antes la conservación del órgano (9). Vid. *JAMA,* 269, 1993, p. 2769 (aquí citado según el *Frankfurter Allgemeine Zeitung* del 7.7.93).

alto. De este modo, el diagnóstico médico «muerte cerebral» se ha convertido en «muerte», como un hecho comprobado con valor jurídico (15, 47). En todo caso, con ello se resuelve un problema jurídico, pero de ninguna manera el problema médico. La equiparación no es correcta desde el punto de vista médico, y constituye un dislate lingüístico no indispensable jurídicamente hablando. La situación diagnosticada queda inequívocamente aludida, del lado médico, por la expresión «muerte cerebral». Pero si estamos hablando de muerte, el discurso sobre el «dejar morir» pierde todo su sentido. Los muertos cerebrales podrían llegar a morir realmente, pero los «muertos» ya no pueden morir más. Por tanto, falta una palabra para designar de la manera más adecuada lo que realmente ocurre si el «muerto» muere realmente.

Ahora bien, desde el punto de vista empírico, la vieja condición «muerte» es completamente distinta de la nueva «muerte cerebral», tanto por el resultado como en virtud de su descripción. Empíricamente no hay motivo alguno para equiparar ambas. No obstante, lo empírico no valora; eso hemos de hacerlo nosotros como hombres. Desde ahí los juristas intentarán crear Derecho. Así, con los cadáveres se permite hacer lo que se prohibe con los vivos[4]. Extraer órganos de los cadáveres presenta ciertamente menos problemas que extraerlos de los vivos. Desde el punto de vista jurídico bastaría equiparar, para este caso, la muerte cerebral a la muerte real. Todavía no está claro si la identificación de ambas resuelve más poblemas jurídicos que los que crea. Con ella por primera vez desaparece la frontera que hasta ahora separaba diáfanamente la vida de la muerte. Si no se consigue determinar y expresar de modo tan seguro la nueva frontera, ¿cómo se podría evitar que un día se proceda con los vivos tal como se hubiera hecho hasta entonces con los cadáveres? Se les respeta por piedad, no porque se les reconozca titulares de derechos. ¿Se trata, por tanto, de confirmar si la muerte ha llegado y cuándo? ¿O más bien se trata de fijar ahora, pragmáticamente, el instante de la muerte?

Quien afirma que la muerte cerebral es el final de la persona está diciendo que el individuo está muerto. Ya no queda margen alguno para afirmar que su cuerpo aún se mantenga con vida (39). De lo contrario, el ser del hombre sería divisible. Más allá de la muerte pueden continuar viviendo células e incluso órganos aislados durante algún tiempo, y también es posible que puedan mantenerse sistemas orgánicos completos con capacidad funcional mediante determinados procedimientos técnicos. Pero esto es cosa distinta. Cabría hablar en este caso incluso –por analogía– de órganos vivos. Sin embargo, de un muerto, de un cadáver, estamos pensando: el cuerpo como sistema unitario ya no vive (24, 22, 36). El todo ya no puede sostener a las partes y las partes ya no soportan el todo. De otro lado, ¿qué cantidad de miembros y

4 Si se mantienen distinciones jurídicas entre cadáveres fríos y «calientes» (26), eso pone de manifiesto la inseguridad con la que los juristas declaran muerto al muerto cerebral.

órganos pueden amputarse sin poner en peligro la totalidad del organismo todavía vivo? ¿Dónde están los límites entre los sistemas orgánicos que continúan funcionando y un cuerpo que todavía conserva su integridad? ¿Se pueden encontrar esos límites? Unidad e integridad no se deducen de las partes. Incluso en los automóviles está antes el todo que las partes. Precisamente el proyecto del todo concede a la parte su fundamento y finalidad.

Quien no intenta primeramente entender el fenómeno de la integridad de un ser vivo, contentándose sólo con la realidad de las funciones particulares, igualmente puede llegar a valorar el cuerpo en su totalidad como un simple compuesto de órganos activos, que se hallan técnicamente dispuestos para funcionar. Es conocido que la filosofía clásica introdujo el concepto de alma para explicar la unidad vital del ser vivo. Según Platón, no podría excluirse la idea de que el cuerpo puramente biológico exista todavía con independencia del alma. El alma es el hombre y el cuerpo su cárcel (31, 400c). El cuerpo es su instrumento[5] y, como tal, posee su propia existencia. Esto lo reduce a su función. El alma pierde su herramienta al librarse del cuerpo, y éste pierde su función. El ser humano sigue viviendo en espíritu. El cuerpo carece de relevancia (32: 66-67b). Para Aristóteles y Tomás de Aquino, el alma es el principio de la vida y la forma del cuerpo de cada ser vivo, especialmente del hombre (4: 412 a 27, 41: a 2, ad 2, 42: I q 76, aa 3, 4). Si se separa del cuerpo, el hombre muere y el cuerpo deviene cadáver y se corrompe. El alma subsiste, pero no es la persona completa que el hombre era y que, continúa razonando Tomás de Aquino, nuevamente será con el cuerpo en la nueva creación (43: IV 81, 42: Suppl. q 79 aa 2, 3). Aquí ya no habrá lugar para atribuir al cuerpo una existencia propia desligada del alma. Sería contradictorio afirmar la posibilidad de «seguir viviendo desde un punto de vista puramente biológico».

Como es lógico, estos filósofos nada han dicho sobre si se puede determinar el momento exacto en que el alma abandona el cuerpo, la hora precisa medida empíricamente. Muerto está, en sentido filosófico, quien deja de estar en condiciones de conservar la unidad de su cuerpo (24, 30, 38).

3. El caso de Erlangen y la inflación del lenguaje

Esto es lo que normalmente sucede si todas las funciones cerebrales han dejado de actuar. No obstante, no hablamos de muerte si un cerebro tan dañado que ya no puede dirigir la respiración se recupera por medio de la respiración artificial. Sin este tratamiento el paciente habría muerto. Tampoco es el caso del que haya estado muerto de manera momentánea y finalmente revive, como insinúa la palabra reanimación. Por el con-

5 La imagen platónica del carro y el auriga (33: 246 y ss) deviene en el dualismo cartesiano cuerpo-espíritu, en el modelo de interacción mente-cerebro (Eccles) o en la moderna imagen del fantasma en la máquina. Sobre la problemática de la muerte cerebral en este aspecto, vid. (16).

trario, si se confirma la muerte cerebral, es decir, que *todas* las funciones cerebrales han caído *de forma irreversible*, está claro que ese hombre en adelante ya no podrá por sí solo mantener la unidad de su cuerpo. Si se le retiran los aparatos pronto estará muerto de manera incontestable. Pero si no se hace esto, nos encontraremos enfrentados al hecho de que no sólo seguirá manteniéndose la circulación sanguínea de manera mecánica, sino que también proseguirán muchas funciones coordinadas de los órganos del cuerpo y el conjunto del metabolismo, es decir, todo lo que Claude Bernard ha denominado *milieu interieur.* Precisamente en torno a esta noción se constituyó la especialidad de la medicina interna.

Todas estas reflexiones, sin embargo, no ayudan a responder la cuestión de si el muerto cerebral es un ser vivo sin funciones cerebrales (20, 36) o un muerto con funciones corporales sostenidas (1, 38). Desde luego, la identificación entre muerte cerebral y muerte choca, y no por casualidad, con el entendimiento y el sentido común. Y resulta abusiva desde el punto de vista lingüístico. La experiencia primaria de cada cual choca con la idea de un «cadáver» cuyo corazón continúa latiendo, que permanece caliente, que aún puede ser alimentado y cuidado. Cuando se le roba al idioma la palabra «muerte» –lo que el sentido común entiende como «muerto»– y se recarga la palabra con una especie de cientifismo que hace inaccesible dicha expresión a la experiencia ordinaria, entonces la factura a pagar es muy alta. También la ciencia necesita los conceptos del uso cotidiano del lenguaje para su comprensión. El lenguaje teórico de carácter científico se alimenta del habla, pero no al revés, no pudiendo convalidar el idioma la manipulación nocional que se produce al equiparar muerte cerebral con muerte.

Con gran alarde, los periódicos informaron y comentaron, en octubre de 1992, el caso de una mujer embarazada de cuatro meses con muerte cerebral. La clínica universitaria de cirugía de Erlangen había decidido mantener la respiración y la alimentación por vía intravenosa, así como no interrumpir los cuidados y proseguirlos en lo posible hasta conseguir que el niño saliese adelante con capacidad de vida autónoma. Luego debería venir al mundo por operación cesárea. En este caso no se trata de un deber ético de los médicos, sino de un proceder éticamente permitido. Lo novedoso en el caso Marion Ploch era la indicación de aplazar el «dejar morir», aplicable a los pacientes con muerte cerebral. Ello suponía algo inusual, y es que aquí se trataba de dos. Por eso el médico se preocupaba de «mantener con vida» a la «muerta cerebral» hasta el nacimiento del niño. No obstante, los periódicos no informaron así del caso; más bien publicaban titulares sensacionalistas como «aquí se aprovechará el cuerpo muerto» hasta que venga al mundo «el hijo de la muerta», un «huérfano ya antes de nacer». La duda era si se debía responder a la vista de la «piedad debida hacia la madre muerta» (46). La discusión giraba en torno a si el tribunal de primera instancia habría traspasado jurídicamente una tierra virgen con la novedad legal de proveer para una

«muerta» un asesor, es decir, un tutor, lo cual legalmente sólo estaba previsto para una persona viva, para una persona que, «a causa de una enfermedad psíquica o de una invalidez corporal, mental o psíquica, no pueda cuidar en todo o en parte de sus asuntos» (17). ¿Afectaba esto a la madre? Una encuesta urgente del Instituto Forsa constató una mayoría de respuestas a favor de «dejar morir» a la joven mujer, mientras que algunas mujeres del mundo político se indignaban por la degradación de la madre muerta a una «solución alimentaria». Se llegó a escuchar incluso la palabra «máquina de parir». Las parlamentarias hablaban de una difícilmente soportable perversión del humanitarismo, y pensaban que el caso enseña «el escaso valor» que tiene la «dignidad humana de una mujer muerta, si su cuerpo tiene la finalidad de ser utilizado para evacuar el fruto de un embarazo» (7). No obstante, el hecho de que el caso de Marion Ploch no condujera a un nacimiento, ya que se produjo un aborto espontáneo en noviembre de 1992, no cambió en su significación principal con nuevos puntos de vista, a pesar de todas las especulaciones emocionales.

La indignación aludida presuntamente no hubiera tenido objeto si a la mujer se le hubiera considerado como una persona con vida. Al darla por muerta, se hincharon los conceptos y las expresiones más exageradas. La pérdida de sentido de las palabras desataba el vértigo: «¿Dignidad humana de un muerto? ¡Pero si existe dignidad humana, entonces también deben darse los derechos humanos!» Sin embargo, a título de muerta, la mujer no puede ser ya sujeto de derechos[6]. Si se debe tomar en serio lo que se entiende por dignidad humana, entonces debe asentarse el precepto de la igualdad entre todos los hombres. Si esto vale también para los muertos, entonces se equiparan los vivos y los cadáveres.

4. ¿Autosuficiencia?

La vida es *automotio,* decían los filósofos clásicos: movimiento desde sí mismo (33: 245c, 2: 201 a 11, 42: I q 18 aa 1, 2). La fórmula exige la unidad del organismo que, como un todo, exterioriza su vida por la actividad que extrae de sí mismo. Habría que preguntarse, primero, si el mantenimiento del «milieu interieur», la homeostasis en el cuerpo de los muertos cerebrales, constituye una situación estática, o más bien un proceso dinámico, una actividad que consume energía, esto es, movimiento, *motio.* Aunque se trate de *motio,* se podría quizá contestar, sin embargo, que no puede considerarse *automotio.* El aparato que suministra la respiración implica, desde luego, una intervención exterior. Si el aparato no funciona, el paciente con muerte cerebral estará irremisible e incuestionablemente muerto. De esta forma, se declaró muerta a la madre en la clínica de Erlangen, porque ya no estaría en condiciones de sostenerse «por sí sola», es decir, de mantener la unidad funcional de su cuerpo.

6 Hay una peculiar agudeza contemporánea en que la madre, aunque muerta según la interpretación de las mujeres políticas, reclama una dignidad personal que no se reconoce al niño, inequívocamente vivo.

Pero esa conclusión no deja de ser dudosa. La prosecución de un embarazo obviamente excede los servicios que pueda prestar una bomba de aire, una infusión alimenticia o un medio que eventualmente estabilice la circulación. Por tanto, el aparato de respiración constituye sólo una prótesis como cualquier otra. Así, todo ello supone una condición, ciertamente necesaria pero no suficiente, para el mantenimiento de la homeostasis, para la continuación del embarazo, lo cual constituye la *automotio.*

La segunda cuestión es si la pérdida de todas las funciones cerebrales por la destrucción completa del cerebro debe considerarse necesariamente el fin de la existencia del hombre, o si tal pérdida –como ocurre con la pérdida funcional de otros órganos como el hígado, ambos riñones o el corazón– no puede concebirse como un defecto en un enfermo, quizás el defecto más grande imaginable. Ha de objetarse la posibilidad de compensar con técnicas médicas esas otras funciones orgánicas. Evidentemente, también ciertas funciones coordinadoras vegetativas del cerebro pueden ser suplantadas técnicamente, en todo caso las suficientes para mantener la oxigenación, la circulación sanguínea, el metabolismo e incluso la gestación, al menos por un cierto tiempo, tiempo en el que todavía podemos encontrar vivo al paciente. Tratamos aquí sólo de ese lapso de tiempo: ¿El paciente vive o está muerto? Si todo dependiera de que pueda vivir sin respirador, ¿por qué no estará muerto el paciente que sufre edema cerebral traumático y que necesita ser asistido con respiración artificial? ¿Quizá porque una vez que el edema ha retrocedido nuevamente resulta obvio que vive? La argumentación de que no es posible que un muerto vuelva a la vida, ¿no será quizás una concesión al sentido común, una recaída en el lenguaje cotidiano? Ciertamente, de lo contrario el receptor de un corazón estaría muerto mientras su organismo se mantuviera funcionando desde el exterior, durante la operación de transplante (con la máquina cardiopulmonar) para después, y como conclusión de la intervención, volver a la vida. Efectivamente, tenemos grabada la imagen del enfermo que, tras una corta parada cardíaca, estaba muerto y renace a la vida, de manera que solemos decir que le hemos «reanimado». En las condiciones de una sustitución técnica –que en el caso de la muerte cerebral garantiza una considerable reconducción integradora del organismo– se plantea la siguiente cuestión: si lo característico del organismo vivo es su autopersistencia como un todo completo e integrado, ¿cómo juega un papel tan decisivo la irreversibilidad en el supuesto de muerte por pérdida total de las funciones cerebrales?

5. ¿Qué se entiende por entelequia?[7]

Según Aristóteles, todo organismo vivo en virtud de su principio vital inter-

7 No es fácil traducir a la lengua castellana con una sola palabra la expresión griega «entelequia». En el lenguaje aristotélico significa perfección lograda por un ente que, a su vez y en virtud de ella, es susceptible de nuevos logros. Podría traducirse quizá como relativo acabamiento de lo

no tiende a la realización de las manifestaciones vitales típicas del ser vivo, ante todo a su mantenimiento autónomo y su desarrollo. A esa dinámica interna del principio inherente a cada ser vivo que impulsa su existencia, Aristóteles la denomina entelequia (3: 641 a 17 - b 10; 645 b 14 y ss). Este concepto remite a la realización en el futuro *(Verwirklichung)* de un fin dado como impulso del principio vital[8]. La idea de una causa final resulta extraña al moderno pensamiento científico. En ningún diagnóstico médico se ponen de manifiesto las causas últimas de la supervivencia o de la enfermedad (la suerte, el destino o la purificación). Los pronósticos están fundados en la eficacia causal (El pronóstico resultará infausto porque el tumor es grande y crece rápidamente, no «porque el reloj del paciente haya corrido mucho»). A pesar de esto, el conocimiento determina cada actuación médica según la naturaleza entelequial de la vida humana. *Sanar* constituye una noción enteléquica. Sanar implica confianza en las propias fuerzas de sanación de los pacientes, a quienes la medicina solamente presta servicios asistenciales: *medicus curat, natura sanat*.

Precisamente ese conocimiento es el que habilita al médico y le invita a no prescribir ya ningún tratamiento a la vista del diagnóstico de muerte cerebral y a paralizar toda su actuación, porque según toda su experiencia ya no se aprecia ninguna perspectiva de que el enfermo en el futuro pueda volver a llevar una vida autónoma. De cara a la decisión médica en caso de inminente muerte del paciente, la valoración realista de la esperanza de vida del paciente constituye siempre un argumento de gran peso ético.

Quien afirma que el paciente de muerte cerebral está muerto pretende manifestar que no sólo se está reduciendo su vitalidad, sino que su fuerza integradora, su entelequia, está ya apagada, y de ahí, por analogía, que ya sólo pueda hablarse de una vida inconexa, a base de órganos o células aisladas. En otras palabras, pretende saber *cuánta* fuerza vital le hace falta aún al organismo para no darle todavía por muerto. Asumir que un muerto cerebral está muerto siempre supone un juicio anticipado sobre la mínima cantidad requerida de dinamismo restante para que un paciente todavía pueda ser contado entre los vivos. Pero un juicio sobre la cantidad de «salud residual»[9]

inacabado, parcial cumplimiento de lo que continúa finalizado o, más sencillamente, realidad, acabamiento, perfección, siempre que se entienda esto en un sentido parcial, transitorio hacia una finalización *(telos)* o plenitud que en la entelequia está realizada sólo de manera incoativa. (N del T).

8 Entelequia no significa lo mismo que potencia(-lidad) en el sentido de supuestas posibilidades, sino efectiva realidad futura. La expresión de Aristóteles, que designa al alma como primer acto del cuerpo organizado (4: 412 a 27 y ss.), Tomás de Aquino la traduce así: *anima est primus* actus *corporis physici organici*. Acto y potencia son, para Tomás, opuestos complementarios correspondientes al par aristotélico *energeia-dynamis*. En Aristóteles frecuentemente aparecen como sinónimos *en-telechia* (el fin en sí poseído) y *energeia*, designando a menudo el proceso hacia un fin.

9 «Restheilheit»: así lo formulaba espontáneamente la madre de un niño con parálisis cerebral en un documental televisivo de Silvia Matthies (ARD/BR) el 6.4.93.

siempre queda expuesto al riesgo de que intereses extraños puedan negociar el «resto de vida» del paciente.

Al ratificar la muerte cerebral como criterio de muerte prevalece la «imposibilidad teórica» de vivir sin cerebro –que se declara con científica autoridad– respecto del «hecho práctico» de que mediante ventilación artificial los signos vitales subsisten (circulación sanguínea, homeostasis, incluso el embarazo).

Con esto a lo mejor se enmascara una especie de jerarquía preferencial de órganos en el organismo, en cuya cúspide estaría el cerebro, concepción que en cierto modo resulta más cercana a la cultura racional-científica («cerebral») que la clásica representación del corazón como la parte central del hombre, tanto desde el punto de vista físico como espiritual.

En 1985 el doctor Alan Shewmon (37)[10] propuso un experimento mental. Había extrapolado la técnica de la amputación, de tal manera que en la sala de operaciones se encontraban, de una parte, el cerebro, en una bandeja, y de otra, el resto del cuerpo completo del paciente en una camilla, ambos bien cuidados y conectados a las máquinas correspondientes, suficientemente vascularizados y alimentados. Aquí viene la pregunta: ¿Dónde está «él»? Quien equipara muerte cerebral y muerte señalará a la bandeja. ¿Pero no representa esto una posición tan absurda como la de quien señalara a la camilla? El reduccionismo radical de este supuesto en el fondo desaprovecha los sorprendentes efectos que esperaba conseguir. Se trata del todo, de la totalidad, de la unidad del organismo, aunque éste sufra las más graves dolencias. Sin embargo, aquí nos encontramos con el cerebro considerado como un todo. La unidad que no está presente está sólo «representada». De ahí se deduce que el hombre es su cerebro[11]. Esta definición Peter Singer la entiende en sentido funcional, y Hans-Martin Sass en sentido neuroanatómico. Ambos, sin embargo, deducen del incumplimiento de su criterio sobre el cerebro la no-existencia del sujeto humano. Para Singer no es realmente humano quien no presenta ciertas prestaciones cerebrales idóneas (40); para Sass no es un hombre válido quien carece de la suficiente irrigación neuronal (35). El resto del cuerpo se convierte finalmente, según estos supuestos, en un apéndice del cerebro de menor relevancia.

6. ¿Vive la madre cerebralmente muerta, pero está muerto el donante de órganos con muerte cerebral?

En la interpretación de la muerte cerebral parecen cruzarse dos direcciones de pensamiento enfrentadas. Una se origina en el paciente vivo: caída de las fun-

10 En los años 90 Shewmon dio un giro radical, en una serie de estudios sucesivos, hacia una posición opuesta a la de 1985, defendiendo que conviene considerar los muertos cerebrales como pacientes vivos. (N del T).

11 «Have we reached the point where what we acknowledge as human existence is eliminated when the brain is destroyed but other organs persist? If so, we must accept the corollary of this: The cellular arquitecture of the brain is the physical representation of the human soul» (44), p. 60.

ciones, crisis y, para dominarlas, las consiguientes medidas terapéuticas, hasta llegar al colapso cerebral. Incluso éste puede llegar a dominarse gracias a la técnica, que por eso se valora tan positivamente. El otro enfoque parte de la muerte y recorre el camino inverso. La técnica retrasa el proceso, y por eso se considera perturbadora; así lo intuyen los críticos del citado caso de la clínica de Erlangen.

En el caso de Erlangen, la intuición se pronuncia realmente por mantener con vida a Marion Ploch, considerándola como persona viva con lesión grave e irreversible, sin posible salvación. En el caso del muerto cerebral, del que se plantea se pueda considerar como donante de órganos, la intuición por el contrario sugiere considerar al muerto cerebral como verdaderamente muerto, a la vista de los enfermos graves que son candidatos a recibir el trasplante que previsiblemente pueda curarles. Esto minimiza los problemas de legitimación ética que la sustracción de órganos pueda producir. Jurídicamente sale al paso la sospecha de un homicidio.

Sin embargo, no puede juzgarse una vez de una manera y otra vez de otra forma distinta, sino que hay que decidirse. Problemas se suscitan en ambos casos. Si se dice que la mujer embarazada estaba muerta, entonces hay una eventualidad ya predeterminada: una mujer con muerte cerebral puede ser «aprovechada» para transferir un embrión obtenido por fertilización *in vitro* al útero materno, y así puede ser utilizada efectivamente como máquina de parir, sea porque se quiere ahorrar un embarazo a la madre genética, sea porque se trata de no dejar morir a los llamados embriones «sobrantes», lo cual podría incluso ser éticamente obligado. Por el contrario, si se dice que el posible donante de órganos vive todavía, esto presenta problemas de justificación en torno a la sustracción de un órgano vital como, por ejemplo, el corazón.

7. Legitimidad de prolongar la vida en los muertos cerebrales

Cuando en 1968 el comité *ad hoc* de Harvard (5) resolvió fijar la muerte cerebral como criterio de la muerte se alegó, como fundamento *teórico,* que tanto la reanimación como el trasplante de corazón habían relativizado el valor de la parada cardíaca como indicio de muerte. *En la práctica*, dicha resolución había sido dictada como apoyo a la legitimidad de sustraer órganos de los muertos cerebrales. Una revisión de la identidad entre muerte cerebral y muerte, por tanto, no sólo tendría que demostrar que el citado criterio de muerte cerebral como signo de muerte es insuficiente como fundamento técnico, sino que además, en lo posible, tendría que servir para decidir sobre la legitimidad o no de sustraer órganos vitales a los muertos cerebrales.

El problema de legitimación se extiende a dos cuestiones distintas:

a) ¿Justifica la sustracción de órganos propuesta unas medidas de prolongación de la vida en los muertos cerebrales?

b) ¿Es propiamente legítima dicha sustracción de órganos vitales en los muertos cerebrales?

Como es sabido, únicamente de resultados empíricos no se pueden deducir proposiciones de índole ética. Del mismo modo, y en todo lo referido a reflexiones sobre la muerte cerebral, se recomienda separar las afirmaciones empíricas de las interpretaciones racionales de la forma más cuidadosa posible.

En resumen: son distintos los hallazgos *empíricos* en que se basa desde siempre el dictamen de «muerte» (parada cardíaca, carencia de reflejos, enfriamiento, cambio de coloración, etc.) y los hallazgos que justifican el diagnóstico de muerte cerebral (carencia de reflejos cerebrales, EEG, angiograma, Doppler cerebral, etc.) Secuencia de los signos de un proceso de descomposición en el primer caso, y un determinado estado vital del cuerpo, en el otro. No se puede identificar lo uno con lo otro desde el punto de vista empírico. Si se designa la primera situación con la palabra muerte, y se incluye un tercer estado entre estar vivo o muerto, habrá que incluir al muerto cerebral entre los vivos.

Partiendo de una interpretación antropológica, que entiende como «vivo» al que tiene capacidad de dirigir autónomamente su cuerpo como un todo, entonces a la situación «vivo» no se oponen –según una concepción amplia– auxilios exteriores para el mantenimiento de la unidad corporal de manera persistente después de la pérdida cerebral. El aparato de respiración artificial es una prótesis que sustituye determinadas funciones cerebrales. En una concepción muy restrictiva también podría considerarse como muerto a quien ya no puede poseer realmente una comunicación o reacción humana. La misma incapacidad para moverse o hablar, en último término, ya constituyen una pérdida de unidad y totalidad del control autónomo del cuerpo.

Si se examina a fondo la interpretación racional, la que sea, suele descubrirse que ha resultado lo que se había asumido antes. La muerte cerebral vale hoy como signo de muerte, ya que cuando en 1968 se definió la muerte cerebral como tal se buscaba un signo seguro de muerte (6). Falta el puente que concilie los dictámenes empíricos con la interpretación racional de una manera concluyente. Sabemos que la muerte cerebral constituye un estado de transición en el proceso de morir, un momento entre la vida y la muerte que, sin embargo, puede prolongarse técnicamente. También sabemos que el proceso que lleva a la muerte está inscrito en el de la propia vida. En qué momento exacto se termina el proceso de morir nadie lo sabe, y nunca nadie lo sabrá. Sobre si el muerto cerebral vive todavía o ya está muerto reina una ignorancia fundamental.

Por tanto, cada intento de legitimar la prolongación artificial de ese proceso de muerte y la extracción de órganos tiene que asumir esa situación de ignorancia. La perplejidad práctica se debe a dos motivos: en primer lugar, se ha combinado una moderna industria científica con la ignorancia fáctica. La ignorancia es no saber todavía la razón de ser de cada negocio científico, pero con la idea de una ignorancia definitiva sólo a duras penas puede contentarse la industria científica. Ante la proposición «no sabemos y

sabemos que nunca sabremos» la ciencia tropieza con su límite. Al traspasarlo, se decretará lo que no se pueda verificar. En segundo lugar, parece que una omisión sólo se puede legitimar por ignorancia en una cuestión de clara relevancia ética, pero no se puede legitimar una actuación que, si tuviéramos la posibilidad de darnos cuenta de ello, fuese inmoral. Si supiéramos que el muerto cerebral está muerto, la extracción de órganos sería éticamente lícita. Si conociéramos que él vive, como parece, la extracción, al menos de órganos de vital importancia, sería éticamente inadmisible. En este caso, el muerto cerebral sería utilizado sólo como medio para un fin extraño.

¿Resulta, además, éticamente rechazable, si ello fuera posible, apartarse de la indicación «dejar morir» en el caso de un muerto cerebral y, por tanto, «mantenerle con vida» con vistas a efectuar una posterior extracción de órganos? En términos generales, y considerada aisladamente, la prolongación de la vida –esto es, la prolongación del proceso de morir– es no sólo inconveniente desde el punto de vista moral, sino que tampoco es moralmente buena. Pero no es malo en sí mismo, a la vista de la asistencia y cuidados empleados, que el muerto cerebral no sea considerado sólamente como medio para un fin ajeno. En todo caso, si se tratara de la mencionada prolongación, la dedicación del médico y del personal sanitario tendría igualmente que considerarse válida según la intención en juego.

Una acción es moralmente buena si tanto la intención subjetiva en que se basa como su desarrollo objetivo son buenos. La bondad o maldad de prolongarle la vida a un muerto cerebral depende en una forma determinante de la intención que inspire tal acción. En este sentido, puede considerarse legítima la prolongación de la vida de una embarazada, muerta cerebral, para la salvación de su hijo. Respecto a la acción de tratamiento curativo previsto para un receptor de órganos, tal tratamiento puede situarse en primer plano como un propósito en sí mismo enteramente bueno. En todo caso, no debe prevalecer de manera que ya no se considere que la dignidad y el derecho a vivir del muerto cerebral no puedan imponerse válidamente, condición que asigna a los cuidados diagnósticos y asistenciales unas elevadas exigencias. Sin embargo, la simple ambición de dinero o la vanidad pura del investigador descalificarían en ambos casos subjetivamente la prolongación de la vida como motivos rectores en el caso de un muerto cerebral.

Dentro de las limitaciones corrientes de la ética médica, la prolongación de la vida al posible donante de órganos, o la prolongación del proceso de muerte, puede considerarse éticamente legítima. Suponiendo en todo caso que la propia extracción de órganos se considere como éticamente lícita.

8. Legitimidad de la extracción de órganos

Hay que subrayar que la licitud ética de prolongarle la vida a un donante de órganos cerebralmente muerto dependerá, en último término, de que esa actua-

ción pueda considerarse como parte del proceso curativo de un receptor concreto. De ello puede deducirse que la intención rectora del conjunto de la acción es el tratamiento curativo. En general, apenas es posible concretar en qué medida puede garantizarse la relación entre estas dos actuaciones, la extracción de órganos en muertos cerebrales y el trasplante a un enfermo. Deberían exigirse condiciones que permitan hablar de un vínculo moral concreto entre las partes (receptor/médico/donante). La unidad de actuación podría considerarse ejemplar si el médico que trata a un candidato receptor se pone en contacto, o trata también al donante muerto cerebral de una forma personal. A esta actuación también corresponde el consentimiento del donante, del cual el médico ha de tener conocimiento, bien a través de una manifestación anterior de la voluntad del donante, o bien por la autorización de parientes que le representen y secunden su presunta voluntad. En todo caso, ese consentimiento no legitima una actuación inmoral, sean cualesquiera los motivos. Desde luego, una vinculación clara de esta actuación con el negocio de comercio de órganos, por ejemplo, no cumple con los requisitos éticos, y el anonimato presuntamente deslegitima la extracción de órganos en muertos cerebrales, lo mismo que en el caso de la comercialización. Los órganos se convierten en cosas y ya no se consideran como parte de la persona. Mantener muertos cerebrales «para el caso de que…» (como bancos de órganos vivos) debería en todo caso confrontarse con las objeciones éticas más severas. El vínculo moral entre personas quedaría relegado a un segundo término, poniendo ante todo de relieve la consideración del muerto cerebral como un simple medio.

En la medida en que la división del trabajo hace las tareas más anónimas, la legitimación ética del trasplante de órganos vitales resulta cada vez más cuestionable. El hecho de que se produzca entre médicos y entre clínicas un intercambio de información acerca de la disponibilidad de donantes y de que se ayuden entre sí para encontrar aquéllos que, hallándose en situación de muerte cerebral, resulten apropiados para el trasplante, es cuando menos éticamente dudoso, a no ser que la responsabilidad del médico incluya una solidaridad ética profesional merecedora de confianza, además de garantizar el esmero en la actuación. Todo ello supone, en la práctica, un criterio restrictivo.

No se puede dispensar al médico especialista en transplantes de la responsabilidad personal de tener que labrarse una imagen de lealtad por el estricto cumplimiento de normas morales válidas en un sistema de división del trabajo, ni tampoco de realizar el efectivo seguimiento de las mismas, en las cuales se encuentra y se basa la legitimidad ética de su propia conducta[12].

12 A los diversos criterios diagnósticos de muerte cerebral (muerte cerebral completa, muerte del tronco cerebral, muerte cortical, coma irreversible, etc.) se añade el hecho de que (47) para el 35% de los neurólogos y de los neurocirujanos en USA (y, según Castillo, J.L. et al., 1991, el 60% en Chile), los criterios para diagnosticar la muerte cerebral no son claros. Cfr. (36), pp. 219 y ss.

Mientras que para el trasplante de «un» riñón también se cuestiona la donación entre vivos, ésta resulta ilícita en el caso de los llamados órganos vitales, porque su extracción exige al médico matar al donante. Tampoco la propia autoinmolación de una madre en favor de su hijo podría eximir al médico de la prohibición de matar. La ética juzga la acción (matar), no la consecuencia (la muerte). En este último caso, aún quedaría abierta la cuestión de la elección entre la muerte de la madre o la del niño.

Por otro lado, no se puede eludir tener que matar en el caso de un muerto cerebral –si éste vive aún– al paralizar la técnica de prolongación de la vida antes de la extracción de órganos, y así tener la certeza suficiente para proceder a la extracción de los mismos, realizada al donante muerto. Es decir, ya después de una parada cardíaca, el riñón extraído, en condiciones por lo demás favorables (por ejemplo, después de 30 ó 60 minutos de masaje cardíaco), muestra lesiones en los glomérulos que, en todo caso, suelen desaparecer después del trasplante en el término de una a tres semanas. Por el contrario, un riñón perfundido ya en condiciones circulatorias intactas, y congelado nada más ser extraído, permanece sin tales quebrantos, y entre las 24 y las 36 horas queda dispuesto para el transplante. Todavía más si la perfusión arterial se mantiene constante. El hígado tiene que ser perfundido frío mientras el corazón todavía late. Asimismo, el corazón resulta inservible, si mientras late no se perfunde con una solución fría, limpiando el sistema arterial de los restos de sangre y si no se congela. Así cesa de latir y resulta transplantable en las doce horas siguientes[13] (9).

Para poder hacer realidad la buena intención, moralmente irreprochable, de la curación del receptor del órgano, las condiciones técnicas parecen no dejar otra posibilidad que matar al muerto cerebral. Puesto que la intervención activa precede al suceso natural del morir, en esto podría basarse quien justificara la eutanasia al paciente terminal.

Por otra parte, gracias a la moderna técnica médica, el receptor del corazón vive durante un período prolongado durante la operación sin él. Esto quiere decir que en las condiciones de la medicina moderna tampoco el corazón constituye ya un órgano absolutamente vital, y llevó a incluir la «muerte cerebral» como criterio de muerte. Por lo tanto, la técnica que hace posible que el receptor de un corazón pueda vivir un buen rato sin él se podría también aplicar a él durante la extracción, de modo que el muerto cerebral sobreviva aún a la misma. Después, la indicación simplemente aplazada «dejar morir» dispone la inmediata paralización de la técnica.

El argumento pragmático –estando así las cosas– justificaría desde el principio la renuncia al empleo de esa técnica, ya que su finalidad médica, concretamente la de sobrevivir, fracasaría por la indicación de paralizarla de inmediato, pero constituye una trampa, pues no hace des-

13 Los autores proponen la «solución» de Belzer o de Wisconsin como la más apropiada para la perfusión en frio de los diversos órganos.

aparecer el problema de la muerte sobrevenida por la intervención.

Dejemos a un lado la controversia sobre si el muerto cerebral vive o no; supongamos que vive y preguntémonos, desde el punto de vista de la naturaleza entelequial de la vida humana, qué diferencia el estado del muerto cerebral de otros estados de la vida, tal como se nos presentaban corrientemente antes de la aparición de la alta tecnología médica y tal como hoy siguen presentándose sin el empleo de ésta.

Definitivamente, el muerto cerebral sólo vive gracias a un tratamiento intensivo continuado. Las llamadas «fuerzas de autocuración de la naturaleza» han sido vencidas de modo terminante. Basta con omitir el tratamiento para producir una muerte inmediata. De lo contrario, los otros pacientes terminales siguen viviendo espontáneamente por sí mismos. Para producir una muerte inmediata se precisa la acción de matar. Es cierto que el muerto cerebral habría muerto mucho antes por la paralización del tratamiento, según la indicación correspondiente, pero muere, sin embargo, por la operación de extracción. Considerada así, la extracción de órganos y la eutanasia sólo se diferencian éticamente por el tipo de intención que les mueve: la eutanasia apunta a la muerte también según la intención. Ahí se elige la muerte como medio para un fin, se trata de terminar con el sufrimiento o de una medida de higiene social, que se lleva a cabo con la muerte como tal, mientras que la intención primaria de la extracción de órganos es la curación del receptor. La muerte del muerto cerebral se aceptará, si bien elegida como medio, lo cual resulta moralmente ilícito, ya que ambos, tanto el mencionado muerto cerebral como el paciente terminal, poseen un derecho a la vida.

El derecho a la vida constituye, ante todo, un derecho a que nadie pueda sin culpa atacarlo causando la muerte. El derecho a la vida envuelve un derecho a morir de forma natural. De ahí que el derecho a la vida se concrete, en los pacientes terminales, en la pretensión de no ser matados, y en los muertos cerebrales, en la pretensión de no seguir manteniéndoles con vida. La distinción es fundamental. Entre la pretensión a seguir viviendo y la pretensión de morir sin impedimentos, el diagnóstico de muerte cerebral introduce una línea divisoria objetiva. En todo caso, hay que situar ambas pretensiones en distintos planos, ya que vida y muerte no suponen alternativas con iguales derechos, pues la muerte es, en términos empíricos, sólo la negación de la vida. La pretensión de seguir viviendo posee un carácter categórico y no puede ser suspendida a voluntad del afectado (no existe un derecho al suicidio ni un derecho a obligar a alguien a que mate), mientras que la pretensión de morir sin impedimento no puede tener, por ello, carácter absoluto alguno, puesto que la prolongación de la vida no produce ningún estado definitivo. El consentimiento del paciente no cambia en modo alguno la inmoralidad de la eutanasia (muerte a petición), mientras que el mantenimiento artificial de la vida, o la prolongación del morir, sólo serían éticamente injustificables si se ve-

rificaran en contra de la voluntad del afectado.

El hecho de que, más allá de la frontera «muerte cerebral», mantener las funciones vitales dependa completamente del médico puede sugerir la idea de que con ese poder de disposición sobre el proceso de dar muerte al muerto cerebral la medicina adquiera también un derecho de disposición sobre el mismo o, al menos, sobre sus órganos, con el fin ético bueno de la curación de un tercero. Tal derecho de disponer se ejerce jurídicamente de la manera más concluyente mediante el certificado de defunción del muerto cerebral. En cambio, si el muerto cerebral vive, los órganos que se le han extraído habría que considerarlos donaciones entre vivos.

¿Quedará derogada la prohibición ética de la donación de órganos vitales entre vivos en vista de aquella cesura fundamental *intra vitam* que significa el diagnóstico de muerte cerebral? Es ésta una cuestión tan decisiva como nueva. Es evidente que si realmente se pudiera disponer de los órganos, sólo podría disponer aquél al que se le fueran a extraer. En todo caso, no podría decidirse en contra de la voluntad. En otras palabras, ¿le está permitido a alguien decidir que pueda disponerse de sus órganos con el fin de curar a otro, si se le diagnostica correctamente la muerte cerebral? ¿Puede el médico efectuar esa entrega en lugar de dejar morir al muerto cerebral, renunciando a la curación del candidato receptor? (28).

Sin querer dar una respuesta terminante a esta cuestión, entiendo que hacerlo afirmativamente sería al menos más plausible, y sobre todo más sincero, que eludirla a través de la arbitraria identificación entre muerte cerebral y muerte.

Si se trata de una donación entre vivos, el consentimiento del donante –o, en su representación, el de sus allegados– obtiene un relieve esencial[14], que va mucho más allá que el consentimiento basado en bienintencionadas declaraciones de piedad hacia los cadáveres. La piedad hacia el cadáver jamás ha prevalecido ante intereses reales (como, por ejemplo, los de carácter médico-legal), e incluso fue interpretada históricamente de formas muy diversas, como en el caso de los corazones de los reyes, que se enterraban separados del cuerpo, o en el de las reliquias de los santos, que se repartieron para su veneración.

9. Perspectiva

Sin llegar a identificar muerte cerebral y muerte, una regulación legal sobre la praxis de la donación de órganos que se base en las anteriores reflexiones puede hacer posible equiparar jurídicamente un muerto cerebral con un muerto en el campo específico del transplante de órganos, si dicha regulación respeta la voluntad del donante en tanto que donante «vivo», con objeto de que se llegue a reconocer un vínculo moral entre personas, garantizando una suficiente co-

14 Una estrecha lealtad médica al «consentimiento informado» exigiría también reservar el diagnóstico de muerte cerebral a la necrosis total del cerebro.

nexión entre la acción de extraer y la de implantar, excluyendo la posibilidad de un mercado anónimo. Tal solución sería preferible y más adecuada que una regulación que se basa en la arbitraria identificación entre muerte cerebral y muerte. Y ello en diversos aspectos:

1. Dicha solución acabaría con el desagradable cientifismo sobre la muerte que se impone al hombre corriente, y que la aleja de cualquier experiencia usual conocida, al igual que promueve en la opinión pública, y especialmente entre los familiares de los muertos cerebrales, el malestar y la desconfianza frente a la opaca actuación médica.

2. Aumentaría la responsabilidad en la atención diagnóstica y asistencial de los pacientes con muerte cerebral, manteniendo una franqueza distendida y atrayente en el trato con los allegados.

3. Inmunizaría la actual definición predominante de muerte cerebral («muerte cerebral completa») frente a relativizaciones del tipo «muerte cerebral parcial».

4. No perjudicaría eventuales proyectos de entregar pacientes de muerte cerebral con respiración asistida para ser empleados –a lo mejor sistemática e industrialmente– como bancos de órganos vivientes o, si son mujeres, para aprovecharlas como «máquinas de parir» en beneficio de niños que no son suyos o, por ejemplo, como ocurre con otros cadáveres, para ejercicios de disección de los estudiantes de medicina.

5. Aparte de todo esto, la identificación entre muerte cerebral y muerte señala al cerebro como único órgano realmente vital. Con ello, el trasplante de tejido cerebral devendrá especialmente problemático[15]. Si, por el contrario, se considera al muerto cerebral viviente, entonces el cerebro tampoco resulta ser un órgano vital, y la cuestión ética del trasplante de tejido cerebral al menos no constituye ya un problema teórico fundamental. El problema ético práctico de la procedencia del tejido cerebral para el transplante no quedaría, sin embargo, en modo alguno resuelto (10).

Contra el trasplante de tejido cerebral, por ejemplo a un enfermo de Parkinson, o a un paciente de Alzheimer, se ha objetado que con ello se alteraría la identidad personal del receptor (27). Tal objeción es tan difícil de fundamentar como de refutar. Es otro problema, cuya solución presupone una mediación racional, en este caso, entre determinados tejidos de órganos y la personalidad humana. Esa mediación es aún más difícil de asegurar que aquella otra conexión entre muerte cerebral y muerte. La objeción parece surgir de la misma interpretación trascendente del cerebro como cúspide de la jerarquía entre los órganos del cuerpo humano, que igualmente entiende la muerte cerebral como muerte de la persona. Sin embargo, el ser personal del hombre no se deja comprender en absoluto en función de tejidos celulares, estructuras orgánicas, funciones vitales u

15 Resulta contradictorio entender la muerte cerebral completa como condición para la extracción de órganos, particularmente para el trasplante de tejidos cerebrales necesariamente vitales. (N del T).

otras concretas capacidades y prestaciones. Por el contrario, entendemos el ser personal humano como algo completamente distinto de todo eso. De ahí, por ejemplo, que podamos razonablemente llamar a alguien de tú.

10. Postscriptum

Este artículo, por un lado, se opone a la ecuación entre muerte cerebral y muerte y, por otro, admite, dadas ciertas condiciones, el transplante de órganos extraídos al muerto cerebral, lo cual aparece proscrito en el tutiorismo ético que, en caso de duda o de ignorancia de si el donante vive todavía o está muerto, exige actuar como si estuviese vivo[16].

En resumen:

1. La muerte cerebral es un fenómeno enteramente nuevo. Sólo es perceptible en la situación de respiración artificial y excede cualquier experiencia humana hasta ahora conocida en el trato con vivos o muertos. No sorprende que el lenguaje no suministre ningún término adecuado para designar este fenómeno. Aunque con palabras inexactas, puede decirse que el muerto cerebral ha sobrevivido a su muerte natural gracias a la asistencia técnica. Parece que se trata de un tercer estado biológico entre las alternativas obvias de la vida o la muerte.

2. Este estado especial no presupone ninguna afirmación ontológica. Significa un límite epistemológico. La indeterminación no resulta extraña a las ciencias, como lo muestran el teorema de Gödel en matemáticas y la teoría de Heisenberg en física.

3. El tutiorismo ético, que parece oponerse a la extracción de órganos de un muerto cerebral, supone la exclusiva vigencia de las alternativas clásicas, vida o muerte. La ética no valora la vida ni la muerte, sino la acción de matar. En nuestro caso, sin embargo, el dilema epistemológico tiene además la característica de que la palabra «matar» pierde aquí su sentido unívoco. No se puede juzgar con claridad si el muerto cerebral «muere» por la extracción de los órganos que se desea trasplantar, o porque se cumple con la indicación médica de suspender cualquier tratamiento, que es lo éticamente debido.

11. Bibliografía citada

1. Angstwurm, H. «Der Hirntod. Ein sicheres Todeszeichen», 1990.
2. Aristoteles, *Physik.*
3. Aristoteles, *De partibus animalium.*
4. Aristoteles, *De anima.*
5. 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», *JAMA,* 1968, 205: 337-340.
6. Beecher, H.K. «Ethical Problems created by the hopeless unconscious patient», *N. England J. Med.,* 1968, 278: 1425-1430.

16 Para una aclaración más a fondo de las razones por las que me parece legítima la extracción a pesar de la indeterminación, vid. Thomas, H. (2002) «Ética de los Trasplantes», en González, A.M.; Postigo, E.; Aulestiarte, S. (eds.) *Vivir y morir con dignidad. Temas fundamentales de bioética en una sociedad plural,* Eunsa, Pamplona, pp. 115-146.

7. Beckmann, R. «Ein berechtiges Wagnis der Mediziner», *Deutsche Tagespost,* Würzburg, 1992, 20.10.92.
8. Beller, F.K.; Reeve, J. «Brain Life and Brain Death: The Anencephalic as an explanantory Example. A Contribution to Transplantation», *J. Med. Philos.,* 1989, 14: 5-23.
9. Belzer, F.O.; Southard, J.H. «Principles of Solid-Organ Preservation by cold Storage», *Transplantation,* 1988, 4: 673-676.
10. Bockamp, C. «Transplantation von Embryonalgeweben», *Europ. Hochschulschriften,* 23. Frankfurt, 1991.
11. Byrne, P.A. «The Medical Determination of Brain Death», in Santamaría, J.N. et al. (ed.) *Proceedings og the 1984 Conference of Bioethics,* Melbourne, 1986, pp. 47-54.
12. Byrne, P.A.; O'reilly, S.; Quay, P.M. «Brain Death: An Opposing Viewpoint», *JAMA,* 1979, 242: 1985-1990.
13. Bundesärztekammer «Kriterien des Hirntods. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntods», *Deutsches Ärzteblatt,* 1982/1986/1991, 79/1982: 45-55.
14. Conference of Royal Colleges and Faculties of the U.K. «Diagnosis of Brain Death», *Lancet,* 1976, 2: 1069-70.
15. Devettere, R.J. «Neocortical Death and Human Death», *Law. Med. Health Care,* 1990, 18: 96-104.
16. Engelhardt, H.T. *The Foundation of Bioethics,* Oxford Univ. Press, New York/Oxford, 1986.
17. Frankfurter Allgemeine Zeitung *(FAZ),* 20-10-92, p. 12: «Amtsgericht ordnet 'Betreuung' für hirntote Schwangere».
18. Gervais, K.G. *Redefining Death,* New Haven, 1987.
19. Gillet, G.R. «Counsciousness, the Brain and What Matters», *Bioethics,* 1990, 4: 181-198.
20. Hoff, J.; In der Schmitten, J. «Tot?», *Die Zeit,* 13-11-92, 1992, p. 56.
21. Ingvar, D.H. «The Concept of Death: Comments on an Official Inquiry in Sweden», in Chagas, C. (ed.) *Working Group on the Artificial Prolongation of Life and the Determination of the Exact Moment of Death,* Pontificial Academy of Science, Vatican City, 1986, pp. 65-75.
22. Ingvar, D.H.; Bergentz, S.E. «Definition of Death and Organ Transplantation. Experiences from Sweden», in White, R.J.; Angstwurm, H.; Carrasco de Paula, I. (ed.) *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death* (10-14 dec. 1989), Pontificia Academia Scientiarum, Vatikanstadt, 1992, pp. 63-72.
23. Jonas, H. «Against the Stream: Comments on the Definition and Redefinition of Death», in *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man,* Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1974, pp. 132-140.
24. Jonas, H. *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung,* Suhrkamp, Frankfurt, 1987.

25. Lamb, D. *Death, Brain and Ethics,* State Univ. of New York Press, Albany NY, 1985.
26. Laufs, A. «Juristische Probleme des Hirntodes», *Der Nervenarzt,* 1985, 56: 399-403.
27. Linke, D.B. «Hirngewebstransplantation als ethisches Problem», *Ethik Med.,* 1991, 3: 59-67.
28. Linke, D.B. «Hirntod und die Folgen», in Thomas, H. (Hrsg.) *Menschlichkeit der Medizin,* Busse Seewald, Herford, 1993, pp. 97-121.
29. Moraczewski, A.S.; Showalter, J.S.: *Determination of Death. Theological, Medical, Ethical and Legal Issues,* St. Louis.
30. Pallis, C. «Whole Brain Death reconsidered. Physiological Facts and Philosophy», *J. of Med. Ethics,* 1983, 9: 32-37.
31. Platon, *Kratylos.*
32. Platon, *Phaidon.*
33. Platon, *Phaidros.*
34. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medical and Behavioral Research, *Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death,* U.S. Government Printing Office Washington, 1981, pp. 74-76.
35. Sass, H.M. «Hirntod und Hirnleben», in Sass, H.M. (Hrsg.) *Medizin und Ethik,* Reclam, Stuttgart, 1989, pp. 160-181.
36. Seifert, J. «Is 'Brain Death' actually Death? A Critique of Redefining Man's Death in Terms of 'Brain Death'«, in White, R.J.; Angstwurm, H.; Carrasco de Paula, I. (ed.) *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death* (10-14 dec. 1989), Pontificia Academia Scientiarum, Vatikanstadt, 1992, pp. 96-143.
37. Shewmon, D.A. «The Metaphysics of Brain Death, Persistant Vegetative State and Dementia», *The Thomist,* 1985, 49: 24-80.
38. Shewmon, D.A. «'Brain Death': A valid Theme with invalid Variations, blurred by Semantic Ambiguity», in White, R.J.; Angstwurm, H.; Carrasco de Paula, I. (ed.) *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death* (10-14 dec. 1989), Pontificia Academia Scientiarum, Vatikanstadt, 1985, pp. 25-51.
39. Shrader, D «On Dying more than one Death», *Hastings Center Rep.,* 1986, 16 (1): 12-17.
40. Singer, P. *Praktische Ethik,* Reclam, Stuttgart, 1984.
41. Thomas von Aquin, *De anima.*
42. Thomas von Aquin, *Summa Theologica.*
43. Thomas von Aquin, *Summa contra gentiles.*
44. White, R.J. «The Concept of Human Death in Reference to Organ Transplantation», in White, R.J.; Angstwurm, H.; Carrasco de Paula, I. (ed.) *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death* (10-14 dec. 1989), Pontificia Academia Scientiarum, Vatikanstadt, 1992, pp. 53-61.
45. White, R.J.; Angstwurm, H.; Carrasco de Paula, I. (ed.) *Working Group on*

the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death (10-14 dec. 1989), Pontificia Academia Scientiarum, Vatikanstadt, 1992.
46. Wuermeling, H.B.; Stehle, J. «Das Kind in der toten Mutter. Ethische und rechtliche Überlegungen zu dem Fall an der Universitätsklinik Erlangen», *F.A.Z.*, 1992, 17-10-92.
47. Youngner, S.J. et al. «'Brain Death' and Organ Retrieval: a cross-sectional Survey of Knowledge and Concepts among Health Professionals», *JAMA*, 1989, 261: 2205-2210.