

# El caso de los trasplantes (II)

## Reflexiones éticas

por Sergio RODERO CILLEROS

### 4. EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE

Una cuestión previa, antes de abordar las donaciones que proceden de cadáver, es el de la determinación de la muerte. Estamos de acuerdo en que hay que pasar a un nuevo concepto de muerte, el de muerte cerebral o, mejor, encefálica, que ha reemplazado en las tres últimas décadas al de muerte cardiorrespiratoria. Sin embargo, "es importante subrayar que el concepto de muerte encefálica no surgió para beneficiar la trasplantología, sino que fue una consecuencia del desarrollo de la terapia intensiva"<sup>10</sup>. Sobre este aspecto nos parece fundamental añadir algunas reflexiones<sup>11</sup>:

1. Hay que **diferenciar entre el morir y la muerte**: mientras que el primero es un proceso, la muerte es el estado que se alcanza cuando ha finalizado el proceso de morir. Incluso es una ficción hablar del "momento de la muerte", puesto que la continuidad inmanente a los procesos vivos lleva a aseverar que se ha llegado a un estadio -el de la muerte- en que ha terminado el proceso de morir, esto es, que ha dejado de existir una persona entendida como una totalidad unificada, cuando se ha fragmentado la unidad del organismo. A lo que puede aspirar la Medicina, en la elaboración de los criterios diagnósticos de muerte, es a asegurar que ha finalizado el proceso de morir, aunque no pueda determinar el "momento de la muerte".

2. Como señala el Dr. Gracia, "de hecho ninguna sociedad ha podido asistir nunca impasible al espectáculo de la descomposición del cuerpo de sus seres queridos, y siempre ha buscado signos previos, que permitieran enterrar a los cadáveres cuando aún no se hallaban en estado de putrefacción". Ello le lleva a afirmar que **"el concepto de muerte natural no existe, que la muerte no es un hecho natural, ya que está siempre mediatizado por la cultura**". La muerte es un hecho cultural humano. Tanto el criterio de muerte cardiorrespiratoria, como el de muerte cerebral y el de muerte cortical son constructos culturales, convenciones racionales, pero que no pueden identificarse sin más con el concepto de muerte natural. No hay muerte natural. Toda muerte es cultural. Y los criterios de muerte también lo son. Es el hombre el que dice qué es vida y qué es muerte", y el que elabora unas definiciones que pueden cambiar con el tiempo<sup>12</sup>.

3. Un aspecto implicado en esta problemática es el de los **estados vegetativos**. Ante todo, hay que aseverar que no todo estado de coma ha de ser calificado como estado vegetativo persistente o permanente, caracterizado por una serie de rasgos que un neurólogo debe constatar.

Se habla de "estado vegetativo persistente" cuando durante un mes no existen pruebas de la existencia de conciencia en la persona y de relación con los demás, ni respuesta a estímulos externos, además de otros rasgos asociados. Este estado se convierte en "permanente" después de tres meses o un año en la misma situación (según se deba a un accidente no-traumático o traumático)<sup>13</sup>. Si se aceptara como pretenden algunos autores, que la muerte de la corteza cerebral o del neocórtex es la que determina el fallecimiento de un individuo, habría que afirmar que las personas en estado vegetativo permanente, ya habrían fallecido, aunque continúen respirando de forma autónoma como consecuencia de la regulación de esa función por el tronco encefálico. Nadie acepta que ese criterio pueda emplearse para declarar fallecida a una persona en estado vegetativo. Como señala C. Machado, "la sociedad no está preparada aún para definir, diagnosticar y aceptar una definición de muerte basada en la ausencia irreversible del contenido de la conciencia, cuando esta función desaparece aisladamente"<sup>14</sup>. En estos casos, existe unanimidad en afirmar que es legítimo interrumpir una terapia extraordinaria o desproporcionada, como, por ejemplo, un respirador, y hoy existe un importante debate sobre la legitimidad de la interrupción de la alimentación artificial en los estados vegetativos permanentes de larga duración.

4. No obstante, Diego Gracia considera que debería llegarse a una mudanza del concepto de muerte cerebral "que pasaría a ser sinónima de **pérdida total e irreversible de las funciones neocorticales**, en vez de ser, como ahora, la pérdida total e irreversible de las funciones de todo el cerebro, incluido el tronco cerebral". Gracia reconoce que nadie se atreve a legislar conforme con ese nuevo concepto basado en la muerte neocortical: "¿Quién se atrevería a enterrar a pacientes con los ojos abiertos, que duermen y se despiertan y les late el corazón? Nadie lo haría, pero el no enterrarlos no significa que estén vivos". Sin embargo, insiste en que en los casos de estados vegetativos permanentes "hay muchas más razones que en el de la parada cardiorrespiratoria para permitir el diagnóstico de muerte, aun prohibiendo la inhumación hasta la concurrencia de otro factor que, como en el caso de la muerte cerebral, debería ser la parada cardiorrespiratoria"<sup>15</sup>. Por nuestra parte, no estamos de acuerdo con este planteamiento. Nos parece que los términos son significativos y que calificar como "muerta" a una persona que se halla en estado vegetativo permanen-

te podría llevar a abusos inaceptables. Es verdad que en estos casos se trata de un tipo especial de "crónicos no terminales", mas ello no es óbice para que se interrumpan una serie de terapias o tratamientos posibles y que serían desproporcionados o extraordinarios.

5. Nos parece, asimismo, que la sociedad debe dejar la determinación de los criterios diagnósticos de muerte cerebral al **juicio de los médicos especialistas**, tal como consideran igualmente las grandes religiones, incluida la Iglesia Católica. Como afirma C. Pallis, "es siempre peligroso cuando la Ley interfiere demasiado en la práctica médica. La Ley propende a congelar el conocimiento en un punto determinado y esto puede ser a veces peligroso"; por ello, "lo mejor es que la Ley acote un marco de actuación y dejar la realización de la práctica a los médicos implicados"<sup>16</sup>. O, como agrega Machado, "nunca debería de introducirse en la Ley ningún tipo de metodología para el diagnóstico de la muerte del encéfalo"<sup>17</sup>, ya que la ciencia médica se encuentra en continua evolución.

6. Conforme el mismo Gracia, **"el problema de la muerte es un tema siempre abierto**. Es inútil querer cerrarlo de una vez por todas. Lo único que puede exigírsenos es que demos razones de las opciones que aceptemos, y que actuemos con suma prudencia. Los criterios de muerte pueden, deben y tienen que ser racionales y prudentes, pero no pueden aspirar nunca a ser ciertos, ya que "todo intento de llegar a seguridades absolutas en estos temas está llamado al fracaso. No es posible certeza absoluta en temas que por su propia índole no permiten más que otro tipo de certezas (o de incertidumbres), tradicionalmente conocidas, y no por azar, como certezas (o incertidumbres) morales... En este orden material no se nos pueden pedir certezas absolutas, sino sólo certeza moral y prudencial"<sup>18</sup>. Evidentemente, tanto las coordinadoras de los trasplantes, como los comités de ética, poseen un papel importante en la búsqueda del máximo rigor en los criterios diagnósticos de muerte.

7. En la última década se han venido dando ciertos casos de **personas en estado de coma** y que han vuelto a la conciencia, lo que podría incrementar las negativas para la donación de órganos. En este aspecto nos parece relevante ensalzar que las personas que se hallan en estado vegetativo permanente no son consideradas por motivos médicos, por su deterioro multiorgánico, como potenciales donantes. De ahí la gran importancia de diferenciar nítidamente ambos pro-

blemas: el de los estados vegetativos y el de los trasplantes.

8. La determinación de la muerte es efectivamente una cuestión vidriosa y jamás se podrá ir más allá de las certezas morales. Hay que imperar a los especialistas que actúen en estos asuntos con el **mayor rigor y con la máxima prudencia**. Al acercarse a este tema, uno posee la convicción de que se está procediendo con prudencia y cautela extremas. Mas ha de aceptarse que jamás se tendrán las deseables certezas absolutas, tanto en los casos de trasplante, de interrupción de tratamientos,..., como en el de los enterramientos. Tal y como decía G. Perico, "cada época se vale de las nociones de certidumbre que ha alcanzado para resolver sus problemas... Cada época está llamada a llevar adelante el peso de sus responsabilidades con los medios que progresivamente afloran y resultan disponibles y no puede diferir hasta el infinito porque un día tendrá ideas más claras y técnicas más perfectas"<sup>19</sup>. Paralizar los trasplantes de órganos por la búsqueda de unas certezas "absolutas", a las que quizá nunca podrá llegar la Medicina, sería cerrar la puerta a uno de los mejores gestos de solidaridad que se puede prestar con el cadáver de los seres queridos. O, como también se ha dicho, esperar a la putrefacción o a la desaparición de las estructuras de todas las células, "supondría una omisión inaceptable de las múltiples aportaciones que la medicina ha realizado en los últimos siglos sobre el fin de la vida del ser humano"<sup>20</sup>.

### 5. LAS DONACIONES PROCEDENTES DE CADÁVER

Según ha expuesto Romeo Casabona, los sistemas legales oscilan entre dos polos literales: el de exigir la existencia de un consentimiento expresado en vida, verbalmente o por escrito, por parte de la persona implicada; o el de considerar suficiente el consentimiento "presunto" —si se considera que la voluntad del fallecido habría sido en vida favorable a la donación— o "tácito", por el que, si el donante potencial no se expresó de modo explícito en vida, se le considera ipso

ipso donante potencial. En realidad y en todo caso, se actúa generalmente de manera combinada con la información y el permiso de sus familiares. Si se trata de personas legalmente incapaces, la decisión recaería en los padres o tutores legales<sup>21</sup>.

Aunque la praxis vaya en la dirección referida, no obstante, es importante enfatizar que las legislaciones, cimentadas en el consentimiento expreso, consideran que la voluntad del fallecido prevalece sobre el deseo de sus familiares, mientras que las que se apoyan en el consentimiento presunto o tácito aseveran que el beneficio dimanante de los trasplantes para terceras personas prevalece sobre la voluntad y los deseos de la familia del difunto. En este sentido, se ha asegurado que este tipo de legislación confecciona una "socialización" de los órganos, que se convierten, si el interesado no expresó su repugna explícita a la extracción, en un bien de la comunidad<sup>22</sup>.

G. Perico lanza el interrogante de la justificación moral de la mencionada socialización de órganos. Considera así que, para su justificación, no es vital acudir al "derecho de expropiación" del Estado, en virtud del cual se pueden enajenar ciertos bienes en aras al bien social y por el que, en nuestro caso, se podría disponer de los órganos de una persona fallecida que no haya expresado su oposición a la extracción de órganos. Perico asevera que ha de acudirse al principio de solidaridad social ante unos órganos que ya no son de utilidad al individuo. Este principio significa que todos los participantes en un grupo, bien determinado y constituido, están obligados al cumplimiento de ciertas prestaciones y a la ejecución de determinados deberes de trascendencia social. Por ello, los difuntos, aunque estén privados de su subjetividad, pueden constituir una fuente particular de bienes para otras personas<sup>23</sup>.

Al mismo tiempo, habría que señalar que los órganos de cadáver obtenidos en una comunidad son propiedad de ésta. De forma implícita, las leyes de "presunción" han considerado que los órganos de un cadáver son un bien social; ya no pertenecen al interesado, ni a la familia,

sino que son un bien común; un bien donado por la comunidad a la misma comunidad. "Por tanto, la comunidad, y no sólo los médicos, deben determinar las normas de distribución"<sup>24</sup>.

Con todo ello, no se niega plenamente la capacidad de decisión de los familiares sobre el cadáver de un ser querido —que tiene otras consecuencias en las prácticas funerarias— mas tal derecho no puede ser absolutizado y debe ceder ante el derecho a recuperar la salud de otros miembros de la sociedad. Probablemente, también ha sido oportuno seguir recabando el permiso de los familiares, dentro de la necesaria sensibilización social sobre el elevado valor ético y humano de la donación de órganos. Pensamos que la Ley española, como la praxis subsiguiente, han tenido el valor de sensibilizar a la opinión pública sobre el alto valor humano y ético inmanente a la donación de órganos<sup>25</sup>.

No se puede discutir que, una vez diagnosticada la muerte, no se realiza ningún atentado contra la vida y la integridad básica de la persona interviniendo sobre su cadáver. No se lesiona ningún derecho del difunto, puesto que ha dejado de ser, en el sentido propio del término, sujeto de derechos, ni siquiera sobre sus propios miembros. Perico rechaza el argumento contrario de que el Derecho considera válida la voluntad del fallecido en materia de herencia y determinadas donaciones tras la muerte. No obstante, se trata en estos casos de valores que sobreviven al difunto, mientras que los órganos no sobreviven y sólo un trasplante les sustrae de su destrucción. Tampoco debe argumentarse desde la inviolabilidad inmanente a los cadáveres<sup>26</sup>. Obviamente, los restos de una persona deben tratarse con respeto, pero éste no queda de ninguna manera disminuido por la donación de los órganos. Por el contrario, debería contemplarse la continuidad de vida de los órganos de una persona fallecida, como la muestra más grande de respeto y de valoración hacia aquéllos. Sí debería exigirse que se tomen medidas para que, después de la extracción de los órganos, se cuide el aspecto externo del cadáver. ■

<sup>10</sup> MACHADO, C.: "Una nueva definición...", p. 29. / <sup>11</sup> V. GAFO, J.: "Diagnóstico de muerte y trasplantes de órganos", *Razón y Fe* 233 (1996), pp. 511-520. / <sup>12</sup> GARCÍA, D.: "Vida y muerte. Bioética en el trasplante de órganos", en ESTEBAN, A., y ESCALANTE, J. L. (eds.): *Muerte encefálica y donación...*, p. 19. / <sup>13</sup> "Practice parameters for determining brain death in adults", *Neurology* 45 (1995), pp. 1012-1014; "Practice parameters: Assessment and management of patients in the persistent vegetative state", en *ibid.*, pp. 1015-1018; *American Congress of Rehabilitation Medicine, "Recommendations for Use of Uniform Nomenclature Pertinente to Patients With Severe Alterations in Consciousness"*, en *Archives Phys. Med. Rehabilitation* 76 (1995), pp. 205-209. / <sup>14</sup> MACHADO, C.: "Una nueva definición...", p. 43. / <sup>15</sup> GARCÍA, D.: "Vida y muerte...", pp. 24-25. / <sup>16</sup> PALLIS, C.: "Mesa Redonda 2", en ESTEBAN, A., y ESCALANTE, J. L. (eds.): *Muerte encefálica...*, pp. 341-342. / <sup>17</sup> MACHADO, C.: "Mesa Redonda 1", en *ibid.*, p. 335. / <sup>18</sup> GARCÍA, D.: "Vida y muerte.", pp. 25-26. / <sup>19</sup> PERICO, G.: "Trasplantes", en ROSSI, L., y VALSECCHI, A., *Diccionario Enciclopédico de Teología Moral*, Paulinas, Madrid, 1974, p. 1142. / <sup>20</sup> DOMÍNGUEZ, J. M.; MURILLO, F., y MUÑOZ, A.: "El proceso de morir, muerte y muerte cerebral. Conceptos esenciales en la donación de órganos para trasplante" *Revista Española...*, pp. 27-28. / <sup>21</sup> Para la legislación española, cf. GAFO, J.: "Anexo: documentos históricos y jurídicos" *Ética y legislación...*, pp. 466-482. / <sup>22</sup> Véase BYK, C.: "Le droit de la transplantation d'organes en Europe", en *Revista Española...*, p. 18. / <sup>23</sup> PERICO, G.: *Problemi di Etica Sanitaria*, Ancora, Milán, 1985, p. 193. / <sup>24</sup> BOTELLA, J.: "Aspectos éticos...", p. 62. / <sup>25</sup> GAFO, J.: "¿Es posible un trasplante de cerebro?", *Razón y Fe* 195 (1977), pp. 595-602. / <sup>26</sup> PERICO, G.: *Principi di Etica...*, p. 192.