

La muerte por donación

Antonio Pardo

Unidad de Humanidades y Ética Médica

Universidad de Navarra

En: José Andrés Gallego, ed. Qué aporta la muerte a la vida. Perspectiva interdisciplinar. Madrid: Ideas y libros; 2022, pp. 101-11.

Resumen

La aprobación legal de la eutanasia en algunos países ha abierto la puerta a un razonamiento lógico en ese contexto: si muchos de los pacientes que van a morir por eutanasia tienen órganos sanos, aptos para trasplante, ¿por qué no programar la eutanasia de modo que los órganos puedan trasplantarse con un tiempo mínimo de espera y un mejor resultado para los receptores? Por otra parte, recientemente se ha vuelto a poner en tela de juicio que el diagnóstico neurológico de muerte implique que los donantes sean cadáveres, cuestión que impediría casi completamente la realización de trasplantes por su choque con la regla del donante muerto. La eutanasia programada es la figura que se ha dado en llamar muerte por donación. Y, tanto ésta como la consideración de que el diagnóstico neurológico de muerte no es tal, chocan frontalmente con la actual regla ética del donante muerto, a saber: un donante de órgano impar debe haber fallecido. En este trabajo ofrezco algunas reflexiones que permiten salir de esta aporía: corregir una versión demasiado “material” de la ética, y una visión excesivamente “mecánica” del organismo vivo.

La muerte por donación

Tras la aprobación legal de la eutanasia a comienzos de siglo en Holanda (tras una historia que se remonta a los años 70), otros países han seguido su ejemplo: Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia (estos dos últimos con una maniobra judicial no democrática). Y otros han aprobado la despenalización de la ayuda médica al suicidio (habitualmente denominada de suicidio asistido): Suiza, donde lleva en vigor muchos años, y algunos estados de Estados Unidos, como Oregón, Washington, Distrito de Columbia, Maine, etc.

Estas normativas llevan vigentes en general poco tiempo. Esto hace que, alrededor de ellas, todavía predomine la retórica de la compasión y de evitar el sufrimiento del paciente que sirvió para implantarlas políticamente. Todavía no se considera lo normal acabar con la vida del paciente en algunas circunstancias, sin más miramientos, aunque el anecdotario que rodea la práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio va mostrando poco a poco la tendencia a la brutalización de su práctica.

En este contexto de avance progresivo de los razonamientos a partir de su nuevo estatus legal, se ha planteado recientemente en revistas de bioética el tema de la muerte por donación.

Es fácil comprender la lógica subyacente. En el caso de la donación de órganos post mortem, su calidad deja muchas veces que desear, por el tiempo que transcurre entre el deceso y la extracción del órgano y su implantación en el receptor, que produce un deterioro en los tejidos trasplantados; esto hace fracasar con cierta frecuencia el intento terapéutico. Se han desarrollado para algunos casos técnicas que permiten una mejor conservación o incluso cierta recuperación del órgano, mediante perfusión controlada de nutrientes, oxigenación, etc. Pero el problema sigue existiendo.

Si se pudiera programar la muerte del donante, de modo que se redujera a cero el tiempo entre la extracción del órgano y su trasplante, se piensa que los resultados serían

mucho mejores. Y qué mejor muerte programada que la muerte “voluntaria”. Con lo que se podrían obtener los órganos en perfecto estado: es cuestión de hacer coincidir la práctica de la eutanasia con la del trasplante. En vez de que el paciente fallezca por la administración de un cóctel letal, sería la extracción de órganos vitales bajo anestesia general lo que provocaría su muerte. El paciente a quien se practica la eutanasia debería haber expresado su voluntad de donar, de modo que esta práctica, por respetar su autonomía (algo muy cuestionable por otra parte), sería éticamente irreprochable.

Se sospecha que, en China, donde la tradición ética cristiana no ha tenido un gran influjo, se realiza este tipo de práctica con los condenados a muerte, y esta sospecha encaja muy bien con su espíritu altamente pragmático; pero esto es muy difícil de demostrar en una dictadura que controla férreamente la información que circula. En Occidente, y en otros muchos países, la sensibilidad ética es todavía suficiente como para no caer en prácticas de ese estilo (dejando aparte la prohibición de la pena de muerte en muchos de ellos).

Si queremos poner rótulos a la propuesta de la muerte por donación, podríamos decir que es profundamente utilitarista¹: utiliza a los pacientes que van a sufrir la eutanasia para beneficio de los enfermos que recibirán el trasplante. Ya que quien ha pedido la eutanasia quiere morir, por lo menos que sus órganos sirvan a alguien.

Ante este panorama, ha sido general el horror entre la clase médica. Está suficientemente asentada la regla del donante muerto como para poder aceptar sin más que tomar los órganos provoque la muerte del donante. Un donante de órganos vitales impares (como corazón) debe haber fallecido para no provocar su muerte al realizar el trasplante. Y, en caso de órganos pares (como riñón), también hay que ser muy precavido de modo no se corra el riesgo de su fallecimiento o, al menos, de un problema de salud serio posterior. La idea ética de fondo de esta regla del donante muerto es la siguiente: no es éticamente correcto matar a nadie como medio para cualquier fin, por bueno que éste sea.

Estoy completamente de acuerdo con esta última tesis, que resulta muy sencilla de aprehender, y suele despertar el asentimiento de quienes la escuchan razonablemente formulada y explicada. Sin embargo, creo que esta facilidad de comprensión se debe, en buena medida, a una reducción de su significado, que resulta demasiado simplista desde el punto de vista ético, y que precisa matizaciones para entenderla de modo más cabal. Lo veremos en detalle algo más adelante; antes veamos un punto clave: el diagnóstico de muerte.

Los términos del problema

En la atención sanitaria, es frecuente que la reflexión sobre los aspectos éticos se quede en lo que podríamos llamar “las grandes cuestiones”, es decir, si corre peligro la vida del paciente (como resultado de tratar o no tratar, por ejemplo), si se pone en riesgo la de un tercero (aborto) junto con algunas cuestiones sobre sexualidad. La consideración sobre estas últimas es más variable, pero las primeras son prácticamente omnipresentes, y su aparición hace trepidar el ánimo de los agentes sanitarios. Jugar con la vida del paciente es una cuestión de peso, y la aceptación ética de fomentar la vida es casi universal: no se puede matar al paciente.

¹ Además, la ética consecuencialista o utilitarista tiene problemas intrínsecos de imposible solución. El utilitarismo sostiene que se debe juzgar según el resultado que se obtiene. Pero dicho resultado debe ser evaluado, y dicha evaluación no se puede realizar con criterios utilitaristas (es imposible), sino de otro orden. Con lo que, a la hora de la verdad, el utilitarismo remite a otras tesis éticas para poder justificar sus pretensiones: el beneficio de la mayoría, de la sociedad, etc.

La regla del donante muerto

En el campo de la donación para trasplante de órganos impares, esto se traduce en la norma ética de aceptación universal antes mencionada: la regla del donante muerto. Para que un trasplante de órgano impar vital sea éticamente correcto, el donante debe estar muerto (aparte de otras cuestiones, como haber expresado su voluntad de donación o que no haya oposición por parte de sus familiares).

Esta regla pone en primer plano el diagnóstico de muerte. Éste es sencillo cuando el deceso se ha producido hace tiempo, y se hace progresivamente más difícil conforme se quiere aquilatar el momento exacto del fallecimiento. Para poder realizar un trasplante con probabilidades razonables de éxito, no es factible una espera prolongada, pues el deterioro de los órganos hace que su viabilidad en un trasplante disminuya rápidamente conforme pasa el tiempo.

Este problema fomentó la búsqueda de procedimientos de diagnóstico de muerte distintos de los clásicos (la parada cardiorespiratoria prolongada, rigidez cadavérica, enfriamiento, etc.). Era necesario algo más rápido. Para ello, el Comité de Harvard que estudió la cuestión emitió en 1968 la idea del criterio neurológico de muerte, habitualmente denominado criterio de muerte cerebral². Según este criterio, una persona está muerta cuando ha perdido irreversiblemente todas las funciones cerebrales.

No deja de sorprender que la única justificación dada por el Comité de por qué el cese irreversible de todas las funciones cerebrales debe equipararse con la muerte fue la utilidad legal: liberaría camas en las unidades de cuidados intensivos y facilitaría el trasplante de órganos. De hecho, aunque el criterio de la destrucción encefálica total es aceptado como criterio de muerte en la mayoría de los países, en algunos, como el Reino Unido, el criterio es distinto, y consiste en la destrucción del tronco cerebral. Es paradójico que, según qué regla se aplique, el paciente esté vivo o muerto. Y, por supuesto, las observaciones clínicas de supervivencias prolongadas o muy prolongadas en este estado³ ponen en tela de juicio la afirmación básica, que esos pacientes están muertos.

Fundamento del diagnóstico neurológico de muerte

Posteriormente, entró en juego la reflexión antropológica, que vino a justificar la praxis de la muerte cerebral como criterio de muerte. Su argumento se apoya en la idea clásica de que un ser vivo es un ser orgánico, activo e integrado. Los dos primeros ítem no dejan lugar a dudas en el caso del “muerto cerebral”: estamos ante un cuerpo orgánico que muestra actividad. El argumento trabaja con la integración: afirma que el cerebro es el órgano que unifica las distintas funciones corporales, haciendo que el organismo vivo sea uno.

No cabe duda de que el sistema nervioso cumple funciones unificadoras y de integración en el organismo. Pero atribuirle toda la integración a dichas funciones es patentemente falso: además de las interrelaciones establecidas por el sistema nervioso, existen otras, como las de tipo hormonal⁴, muy patentes, que ponen en relación distintos sistemas orgánicos. Vivir implica más que la existencia de un sistema integrador; en un

² Beecher HK et al., “A Definition of Irreversible Coma”, *Journal of the American Medical Association* 205 (1968): 337-40.

³ Shewmon A. Chronic “brain death”. Meta-analysis and conceptual consequences. *Neurology* 1998; 51: 1538-45.

⁴ Esto lleva a algunos autores a solicitar una modificación legal para incluir estas interrelaciones no neurológicas: Lewis A, Bonnie RJ, Pope TD. It's Time to Revise the Uniform Determination of Death Act. *Ann Intern Med.* 2020; 172: 143-4. De todos modos, esta solicitud sigue aceptando que la integración es sólo interacción de ciertas partes del organismo. El Dr. Alan Shewmon ha elaborado un documento extenso con referencias bibliográficas que rechazan el trasfondo teórico de la “muerte cerebral”, entre quienes se cuentan autores tan sólidos como Spaemann, Seyfert o Gómez-Lobo.

organismo todo tiene que ver con todo, en mayor o menor grado, y no se puede atribuir a un sistema concreto esa interrelación que podríamos llamar total.

La muerte supone, indudablemente, la desintegración del cuerpo orgánico. Si no tenemos un sistema simplificado de diagnóstico como el criterio neurológico, siempre tendremos la falta de certeza de cuándo se ha producido. ¿Cuándo puede decirse que la integración orgánica ha dejado de tener lugar de modo irreversible? Aunque muy pocos, son bien conocidos casos recientes en que los pacientes despiertan en el depósito de cadáveres. El diagnóstico de muerte puede ser difícil.

Desde el punto de vista teórico, toda esta cuestión del diagnóstico neurológico de muerte fue objeto de una reunión científica en la Academia Pontificia de las Ciencias, que se pretendió que fuera como un semillero de ideas para un futuro documento sobre este tema, siguiendo el hilo de la Instrucción *Donum Vitae* sobre la fecundación *in vitro*, que acababa de publicarse el año anterior. El resultado fue una discrepancia radical de posiciones entre quienes sostenían el criterio médico (mal fundado antropológicamente, como hemos visto) y quienes mantenían que el estado de “muerte cerebral” no supone la muerte del paciente. Se publicó un libro con las distintas ponencias⁵, y la Iglesia nunca se pronunció sobre el asunto, excepto para decir que, en ese campo, la ciencia médica es la que tiene la palabra⁶.

Los médicos con quienes he podido hablar sobre esta cuestión defienden acérrimamente que el diagnóstico neurológico de muerte implica que el paciente ha fallecido. Pienso que esta defensa no se apoya en razones antropológicas serias, pues la clase médica no suele tener un trasfondo de formación filosófica especialmente rico. Se basa, más bien, en que perciben la incompatibilidad de que el paciente esté vivo y la regla del donante muerto, admitida sin vacilar como regla ética inamovible. Llevan tiempo realizando trasplantes con buena conciencia gracias a este apoyo teórico. Afirmar que el “muerto cerebral” está vivo les lleva a una aporía insoluble: la práctica de los trasplantes de “cadáver” queda casi completamente proscrita si se admiten los dos términos de la ecuación, que el donante vive y la regla ética del donante muerto⁷.

Para deshacer esta aporía es necesario profundizar en la cuestión ética que mencionamos anteriormente y trataremos a continuación.

Sobre qué versa la ética

Es bien sabido que la ética es el estudio de la acción humana. A diferencia de otros estudios sistemáticos, no consigue leyes “cerradas” aplicables a todos los seres humanos, como sucede en otras disciplinas. La conducta del hombre es libre: pasa por su voluntad y no está determinada por el entorno (si lo estuviera, se podría elaborar una ética reglamentista cerrada, pero no es el caso). Y la voluntad se mueve por lo que la inteligencia descubre de bueno o correcto en las acciones posibles⁸. Por este motivo, el

⁵ Cf. White RJ, Angstwurm H, De Paula IC, eds. Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death. Roma: Pontificia Academia Scientiarum, 1989; 209.

⁶ También desde el punto de vista jurídico la cuestión presenta problemas, como ha subrayado Robert Spaemann: “Is Brain Death the Death of a Human Person?” en *Love and the Dignity of Human Life: On Nature and Natural Law*. Grand Rapids: Wm. B. Eerdmans, 2012: 45–69. Este texto está reproducido en algunas revistas como *Humanum*, revista trimestral del Instituto Pontificio Juan Pablo II. Disponible en <https://humanumreview.com/articles/is-brain-death-the-death-of-a-human-being> Consultado el 10 de diciembre de 2020. Y habría más precisiones que hacer, suficientemente consideradas en la literatura científica, como que se trata más bien de un criterio pronóstico que diagnóstico, etc.

⁷ Evidentemente, no nos referimos a la cuestión de un diagnóstico erróneo por cualquier causa, que nos llevaría a enfrentarnos a pacientes vivos y recuperables como si fueran cadáveres.

⁸ “In general, ethics is concerned about what is right, fair, just or good; about what we ought to do, not just about what is the case or what is most acceptable or expedient” (Preston, N. *Understanding Ethics*, Sydney: The Federation Press, 1996).

aspecto clave del estudio de los aspectos éticos de una cuestión debe pasar por el examen de la voluntad del agente, y si ésta se acopla al bien percibido.

Si se revisa la regla de donante muerto a la luz de esta idea de fondo sobre la ética, se comprende inmediatamente que debe interpretarse, no de modo material sino de modo voluntario. No se trata de una regla que verse sobre lo que debe hacerse físicamente, sino sobre lo que es correcto querer. Sucede lo mismo con otros preceptos o normas éticas: “no robar” no prescribe que no se debe tomar lo ajeno, sino que no se debe tomar voluntariamente para poseer algo perteneciente a otro⁹.

Traducida a este plano de la intencionalidad¹⁰ de las acciones, la regla del donante muerto se puede formular de modo más preciso diciendo que “no es éticamente correcto decidir la muerte del donante para salvar la vida del receptor del trasplante”.

Si esta regla se plantea de modo material, y no de modo ético o intencional, se interpreta que el paciente debe estar físicamente muerto, para no provocar físicamente la muerte al realizar el trasplante. Con lo que aparece el problema de la precisión del momento de la muerte. Esta precisión tiene siempre problemas, y los tendrá por mucho que avance la ciencia: vivir es una propiedad del sistema orgánico vivo, y la existencia de dicha propiedad no se puede determinar mediante una observación de una parte de dicho sistema. Siempre podrá aparecer la tensión de si ese paciente “muerto” hubiera sido recuperable, cuestión que se ha planteado con la alternativa de los donantes a corazón parado¹¹.

En este asunto, se olvida que lo que es éticamente incorrecto no es la muerte sucedida como resultado de la acción, sino la intención de matar, la decisión de matar o la aceptación voluntaria de la muerte como resultado de una acción con otro propósito o decisión. De hecho, una decisión que apunte como objetivo (intención) o como medio (decisión) a la muerte de alguien es éticamente incorrecta, aunque no termine de llevarse a la práctica o la acción no consiga su resultado (siempre que sea una auténtica decisión intentada y no sólo un pensamiento que se pasa por la cabeza, pero sin asomo de voluntariedad).

Problemas en el ámbito médico

En el ámbito médico, esta argumentación que separa el plano material y el intencional resulta un tanto barroca. Y en muchas ocasiones resulta poco comprensible. Es fácil de entender esta dificultad, pues se trata de algo que se aleja grandemente de las cuestiones técnicas o materiales que se manejan habitualmente en el ámbito sanitario. Debido a este problema de comprensión, la tendencia en estos profesionales apunta a quedarse con una norma, sencilla, que se refiera a cómo comportarse ante la situación concreta. Es la regla del donante muerto, pero entendida en su mera materialidad, sin entrar en los actos voluntarios del agente. Y así se la entiende habitualmente. Sin

⁹ Aquí habría que introducir más matices: propiamente, esta norma se refiere a las cosas que permiten el desarrollo normal de la vida personal, y debe enfocarse de modo distinto si se refiere a otro tipo de cosas sobre las que se tiene título legal de propiedad, etc.

¹⁰ Intencionalidad de la voluntad entendida de modo general, es decir, no sólo la intención, sino también las decisiones, que son actos voluntarios y por tanto intencionales, es decir, apuntan a objetos.

¹¹ La idea del protocolo de donantes a corazón parado se inició con las críticas al diagnóstico neurológico de muerte. Si, según se interpretaron éstas, el paciente en estado de “muerte cerebral” está vivo, habrá que esperar a que fallezca de modo “clásico”, es decir, diagnosticando la muerte por parada cardiorrespiratoria. Ahora bien, como dichas paradas se pueden reanimar muchas veces, ¿cuánto tiempo hemos de esperar para considerar que el paciente se encuentra realmente muerto? Estos protocolos han estipulado diversos tiempos, normalmente unos minutos. Teniendo en cuenta que el tiempo corre en nuestra contra (por el deterioro de los órganos), la presión empuja hacia acortarlo. Pero entonces, ¿realmente el paciente está muerto? Creo que este problema no tiene solución. Y aparecen otros problemas, como los derivados del trauma de separar al fallecido de su familia casi inmediatamente sin permitir un mínimo duelo, etc.

embargo, el enfoque adecuado de la cuestión debe considerar que matar al paciente es el resultado de la decisión de matar, no la muerte sucedida.

No deja de despertar cierto asombro cómo, en esta cuestión de la voluntariedad de las acciones, hay otros temas que en Medicina se juzgan correctamente desde el punto de vista ético sin caer en esta simplificación “material”; en este terreno, sin embargo, resulta muy difícil encontrar profesionales que mantengan claramente dicha distinción a la hora de razonar éticamente. Quizá el motivo radique en que la docencia de esos otros temas ha explicado adecuadamente la distinción entre materialidad y voluntariedad y, aunque no se comprendiera la cuestión a fondo, sí ha quedado clara la regla que regula la acción que se puede llevar a cabo; consecuentemente, los agentes sanitarios la aplican, aunque probablemente de modo relativamente mecánico, sin excesiva reflexión al respecto. Pero, cuando llega un tema “de calado” (la muerte del paciente a resultas de una acción médica), la tendencia es a quedarse en el planteamiento “material”.

Aunque se trate de reglas de raíz muchas veces mal comprendida por los médicos que las aplican, podemos citar ejemplos bien conocidos de situaciones sanitarias frecuentes, cuya norma ética sólo es explicable mediante la distinción entre materialidad e intencionalidad:

La muerte del embrión o feto como resultado de un tratamiento aplicado a la madre, imprescindible por la seriedad de su situación, está justificada éticamente por la proporcionalidad entre el bien que se desea conseguir (salvar la vida de la madre) y el mal que se acepta (que el embrión o feto pueda morir como consecuencia de dicho tratamiento, siempre con la certeza parcial de este resultado, lógica en Medicina)¹².

La eutanasia, según definición de la Asociación Médica Mundial de 1987, es “provocar deliberadamente la muerte del paciente”. No se trata, por tanto, de que el paciente fallezca como resultado de una intervención médica, sino de que este fallecimiento sea deliberado, es decir, voluntario: intentado y decidido (y consiguientemente realizado materialmente). Que, por ejemplo, un paciente fallezca como resultado de una intervención médica arriesgada, más o menos necesaria, no es eutanasia desde ningún punto de vista. Es un efecto tolerado de dicha intervención; para ver su corrección ética, habrá que examinar si es proporcionado el riesgo vital del paciente con el beneficio que se quiere conseguir.

Es clásico afirmar que los tratamientos paliativos a un enfermo están justificados, aunque puedan adelantar su fallecimiento¹³. En este campo, el miedo a la precipitación del óbito lleva, con excesiva frecuencia, a racionar estas medidas paliativas, con el consiguiente sufrimiento inútil del paciente, que ya ha sido objeto de primeras planas de revistas de gran tirada desde hace décadas. Dejando aparte que las medidas estrictamente paliativas, bien aplicadas, no adelantan la muerte (más bien parece lo contrario, la retrasan), parece que detrás de esta reticencia profesional (de la que con frecuencia se

¹² Esta situación recibe muchas veces la denominación de “aborto indirecto”. Aunque en español no existe distinción de palabras entre aborto provocado (*abortion* en inglés) y aborto espontáneo (*miscarriage* en inglés), la expresión “aborto indirecto” no deja de ser lamentable, pues difumina el problema ético. Desde el punto de vista ético, aborto provocado (*abortion*) es decidir y ejecutar la muerte del feto en desarrollo (con el fin que sea). Nada de eso sucede en el posible aborto espontáneo (*miscarriage*) derivado de un tratamiento a la madre. Por tanto, es mucho mejor reservar la palabra aborto para el provocado, añadiendo “espontáneo” siempre que se trate de un efecto secundario a un tratamiento, y evitando el término “indirecto”, que hace suponer erróneamente que el aborto (provocado, voluntario) es éticamente correcto en ciertos contextos.

¹³ Aquí también es frecuente escuchar la expresión “eutanasia indirecta”: sería la aceleración de la muerte del paciente por la administración de tratamientos analgésicos o paliativos. Como hemos mencionado, la palabra “eutanasia” siempre tiene contenido intencional (intenciones o decisiones para provocar la muerte). Y la expresión “eutanasia indirecta” resulta lamentable: como hemos mencionado a propósito del “aborto indirecto”, hace suponer erróneamente que la eutanasia es éticamente correcta en ciertos contextos.

contagian los pacientes) late la confusión mencionada entre muerte física y su provocación intencional. Se esquilma la administración de analgésicos y otros productos para impedir la muerte física (que es lo que se considera problemático), aun a costa de tener al enfermo sufriendo.

Podríamos extendernos en los motivos por los que los profesionales sanitarios caen con tanta frecuencia en esta confusión entre la muerte física y su provocación intencional, pero nos llevaría demasiado lejos del argumento de este texto.

Consecuencias para la “muerte cerebral”

Ya hemos mencionado que la idea de diagnóstico neurológico de muerte encaja bien con la versión “material” de la regla del donante muerto. Pero que esta compatibilidad entra en crisis con las debilidades demostradas del diagnóstico neurológico de muerte, que tienen ya varias décadas de publicaciones científicas a su favor.

Revisando la literatura, se observa que, habitualmente, la dificultad se solventa mediante el negacionismo de las observaciones científicas contrastadas. Esto es poco serio. La solución parece que va, más bien, por el rechazo de la versión “material” de la regla del donante muerto, aunque este campo de argumentación resulte un tanto difícil para el profesional médico medio. Desde este punto de vista, no hay que quedarse en la muerte física del donante, sino que se debe ir a los actos voluntarios que están detrás.

Como primera orientación, podemos insertar la donación de donante “cadáver” dentro de un contexto más amplio, y formular una primera exigencia ética general de los trasplantes: no se pueden realizar aceptando voluntariamente perjuicios desproporcionados al donante. Esta norma ética es plenamente aceptada y es clara en los trasplantes inter vivos. Mientras que ciertos trasplantes se pueden realizar sin que supongan prácticamente nada más que leves molestias al donante (como una transfusión de sangre o un trasplante de médula ósea), otros pueden suponer riesgos serios, como sucede con el trasplante de órganos pares (el caso clásico es el riñón).

Como se puede ver, desde el punto de vista ético, se juega con la proporcionalidad entre la intención de tratar al paciente que va a recibir el trasplante y los efectos tolerados en el receptor, pero sobre todo en el donante. Hay que plantearse las intenciones, decisiones y efectos tolerados aceptados voluntariamente con la decisión que se toma. Estamos en el terreno propiamente ético, y no en el de la mera materialidad.

Entrando en detalle, podemos decir que, al realizar un trasplante, la intención del médico es la salud del receptor, su decisión es realizar el trasplante, y los efectos no intentados que debe valorar se refieren a los posibles problemas en el donante y en el receptor. Ni los efectos indeseables del procedimiento, ni el posible fallecimiento, pueden ser incluidos en la decisión de quienes han actuado (salvo situaciones muy insólitas; por ejemplo, que el médico quiera realmente producir un daño al donante y lo maquille de cara al exterior de efecto indeseable, o algo por el estilo).

La regla del donante muerto, desde este punto de vista, podría tomar una forma como la siguiente: “la realización de trasplantes de órganos no debe implicar provocar deliberadamente la muerte del paciente”. O, dicho de otro modo, “no puede incluir la decisión voluntaria de matar al donante”. Esto es precisamente lo que se da en la “muerte por donación”: no es algo que “sucede” como consecuencia de un proceso natural (sin carga ética, por tanto), o como efecto tolerado de otra acción (cuya intención debería ser proporcionada para que fuera éticamente admisible), sino que se ejecuta voluntariamente. Es una variante de eutanasia, es decir, provocar voluntariamente la muerte del paciente. Y esto es siempre éticamente incorrecto, pues implica una decisión incorrecta. Cuestión distinta es que los actores implicados sean conscientes de cuál está siendo su decisión, punto a veces nada fácil.

En todo caso, como hemos mencionado, además de una intención recta (buscar la salud del enfermo) y una decisión correcta (proceder al trasplante), la realización de un trasplante tiene efectos secundarios en el donante (pocos o muchos), y es éticamente incorrecto que cause al donante más daño del beneficio que procura al receptor. Debe existir proporción entre lo que se intenta y los efectos secundarios que se derivan de la acción. De ahí las múltiples precauciones que se adoptan en los trasplantes intervivos.

Puede que esta sea la vía para sacar toda la discusión sobre la idea de “muerte cerebral” del impasse en el que se encuentra actualmente, como he planteado en un ensayo ya antiguo¹⁴.

Actualmente, el tema se encuentra bloqueado por la versión meramente material de la regla del donante muerto. Y, con los datos disponibles actualmente, dicha regla no se podría aplicar nunca. ¿Son pacientes que no se pueden reanimar? ¿Tras cuánto tiempo se debería considerar que sería inviable la reanimación? ¿Y dicho periodo no comprometería la viabilidad de los órganos?

¹⁴ Cf. Pardo A. Muerte cerebral y ética de los trasplantes. Disponible en <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/muerte-cerebral-y-etica-de-los-trasplantes> Accedido el 12 de enero de 2021.