

## Fines, medios y percepción social de las políticas de trasplante

David Rodríguez-Arias

(Instituto de Filosofía, CCHS-CSIC, Consejo Superior de Investigaciones Científicas)<sup>1</sup>

Este texto es una versión preliminar de capítulo publicado en LOPEZ DE LA VIEJA, M<sup>ª</sup>T. (Ed.) *Bioética, en plural*, Plaza y Valdés, Madrid, 2014

### *Introducción*

Cerca de 60.000 personas viven en Europa a la espera de un órgano para ser trasplantadas, y 12 mueren cada día en las listas de espera. Aunque hay importantes variaciones entre los Estados miembro en lo que se refiere a las cifras de donación, la escasez de órganos es un problema global que explica la iniciativa de todos los países de buscar alternativas para aumentar el *pool* de donantes. A veces, este importante objetivo ha sido perseguido por vías éticamente debatibles. Por ejemplo, hasta una época reciente, en China se extraían órganos de prisioneros ejecutados (Caplan 2011); en Irán, el Estado compra riñones en el marco de un mercado regulado que ha conseguido eliminar la lista de espera de riñón (Larijani, Zahedi et al. 2004); en Bélgica, la extracción de órganos puede tener lugar tras una eutanasia activa (Ysebaert, Van Beeumen et al. 2009); en España, los profesionales sanitarios involucrados en el proceso de la donación pueden recibir incentivos económicos en función del número de órganos que se extraen (Matesanz 2001). Que estas medidas -y otras que vamos a identificar y clasificar a lo largo de este capítulo- sean éticamente problemáticas no implica necesariamente que las leyes las deban prohibir. Significa, simplemente, que, a pesar de que salvan vidas, deben estar sujetas a discusión y seguimiento por parte de la sociedad y de los agentes involucrados.

El éxito de cualquier sistema de obtención de órganos depende de su capacidad para cumplir tres objetivos interconectados. En primer lugar, obtener buenos resultados en términos de cantidad y calidad de órganos extraídos y trasplantes realizados. En segundo lugar, ganarse y ser capaz de mantener la confianza del público en el propio sistema de trasplantes. Por último, respetar una serie de valores éticos ampliamente compartidos. En la actualidad, los mayores obstáculos para incrementar la disponibilidad de órganos no son de tipo técnico, sino ético y social. Pese a ello, a medida que la necesidad de órganos se incrementa, las instituciones coordinadoras de la donación se ven atraídas por nuevas estrategias para salvar vidas que involucran nuevos retos éticos: donación de vivo, donación tras muerte circulatoria, donación

---

<sup>1</sup> Este trabajo se ha realizado con el apoyo del proyecto KONTUZ! [FF]2011-24414

anónima, donación directa (*directed donation*), políticas de consentimiento presunto para la donación, incentivos económicos, relajamiento de los criterios para declarar la muerte, criterios expandidos... Describiré más adelante en qué consiste cada una de estas alternativas. A medida que se van implementando tales estrategias, aparecen nuevas tensiones, dilemas morales y nuevas controversias bioéticas que requieren algún tipo de reflexión. Insisto: su carácter éticamente problemático no las convierte necesariamente en éticamente inaceptables. Un juicio tal solo podría ser resultado de un proceso deliberativo que, o no ha tenido lugar, o no lo ha hecho en condiciones apropiadas de deliberación (Goold, Neblo et al. 2012; Solomon and Abelson 2012).

### *Estrategias para incrementar la donación y retos éticos asociados a ellas*

Las instituciones que desarrollan y promueven políticas públicas para incrementar la donación<sup>2</sup> con frecuencia se enfrentan a un dilema moral clásico: el que tiene lugar entre consideraciones deontológicas y consideraciones de naturaleza consecuencialista. A pesar de que su objetivo último es salvar vidas y contribuir a mejorar la calidad de vida de los receptores de órganos, ese objetivo debe ser alcanzado por medios que no involucran claras violaciones de los estándares éticos socialmente aceptados. En cierta medida, casi todas las alternativas para incrementar la donación conllevan, si no un riesgo real, sí por lo menos una amenaza potencial a las normas y principios éticos comúnmente aceptados. Esto significa que también están en juego las actitudes favorables de la sociedad con respecto a la donación. La toma de conciencia de este segundo riesgo hace que quienes adoptan las decisiones sobre las políticas de trasplante deban valorar la oportunidad de explorar nuevas estrategias de fomento de la donación a la luz de un juicio sobre los riesgos y beneficios de implementarla y, más específicamente, a la luz del impacto que esas medidas pueden tener en la percepción social sobre los sistemas de trasplante. Esa misma toma de conciencia suele dar lugar a una cierta autorregulación, que actúa como límite o freno a lo que de otro modo podría conducir el reclamo utilitarista y potencialmente irrestricto de la donación. La atención puesta en las actitudes sociales como guía para orientar las políticas de trasplante evita que se promuevan políticas abiertamente escandalosas. Sin embargo, no siempre conduce a políticas coherentes. Las políticas de trasplante se enfrentan, de hecho, a multitud de inconsistencias lógicas. Por ejemplo, la mayoría de los países con modelos de consentimiento presunto para la donación otorgan a los familiares del donante un derecho de veto, aunque su negativa no tenga una causa identificable ni se aporten pruebas de que el individuo había expresado un rechazo. Ese derecho de veto, en la práctica, se concede incluso en aquellos casos en los que el donante dispone de una tarjeta de donante. Si se prefiere no llevar a cabo la extracción, a pesar de que tal procedimiento sería perfectamente legal -y muchos lo considerarían éticamente aceptable- es porque se estima más conveniente

---

<sup>2</sup> Utilizaré en este trabajo el término *donación* como sinónimo de extracción u obtención de órganos, aun siendo consciente de que aquellas extracciones en las que no media un consentimiento voluntario y explícito de la persona de la que proceden los órganos difícilmente constituyen donaciones en sentido literal.

perder los órganos de un donante que poner en riesgo toda la confianza social en los trasplantes, que podría verse amenazada en caso de que una familia denunciara un caso y se convirtiera en un escándalo.

Las estrategias que se han propuesto para incrementar la donación de órganos pueden clasificarse en las siguientes categorías: 1. Incentivos económicos; 2. cambios en el proceso de toma de decisiones relativas al final de la vida; 3. variaciones en el proceso de consentimiento para la extracción; 4. modificaciones en el sistema de distribución de órganos extraídos; 5. relajación de los criterios para convertir a un individuo en potencial donante<sup>3</sup>.

### *Incentivos económicos*

Los incentivos económicos para la donación incluyen los pagos directos e indirectos a los donantes vivos –algo ilegal en la mayoría de los países, no así en Irán (Larijani, Zahedi et al. 2004)-, a los familiares de los donantes fallecidos, e incentivos a los profesionales de la salud involucrados en el proceso de donación. Las reducciones en el pago de impuestos y el acceso a un seguro médico gratuito -en aquellos países en los que no existe un acceso universal a una sanidad gratuita- y el pago de los costes relacionados con el sepelio a los familiares de los donantes fallecidos también son ejemplos de incentivos económicos, aunque *indirectos*. A menudo se lleva a cabo una distinción entre lo que son incentivos económicos, y el mero *reembolso* de los costes de viaje y subsistencia en que incurre un donante como resultado de la donación (Delmonico et al., 2002). Mientras que el pago de un incentivo podría convencer a ciertas personas inicialmente dudosas para que acabasen donando, pero sólo porque la oferta que reciben es “irresistible”, no ofrecer una compensación por los gastos incurridos puede consistir en sí mismo un desincentivo, hasta el punto de que alguien que quisiera donar acabase por no hacerlo sólo por el coste que eso le supone. Pagar 10.000 euros por un riñón puede ser un ejemplo del primer tipo, y no cubrir los gastos de desplazamiento o los días sin sueldo que tendría que pedirse un donante para pasar por el proceso lo sería del segundo tipo. La delimitación entre un incentivo y un desincentivo no está clara y depende de las circunstancias sociales y personales de cada cual. Los incentivos económicos también deben distinguirse de los *incentivos no económicos*, tales como la obtención de puntos para conseguir algún tipo de prioridad en la lista de espera, o la posibilidad de decidir el receptor de órganos en caso de la donación cadavérica, un asunto que discutiré después.

Los incentivos económicos a los donantes vivos y a los familiares de los donantes fallecidos plantean cuestiones teóricas relacionadas con la conversión del cuerpo en una mercancía, la relación de las partes del cuerpo con el yo (Schweda & Schicktanz, 2009), problemas relacionados con la justicia, con la vulnerabilidad de los más pobres (Larijani et al., 2004) y derivados de las presiones a las que pueden ser sometidos los donantes (Veatch, 2000). Los incentivos económicos a los profesionales de salud involucrados en la donación de órganos pueden enfrentarles a diversos tipos de conflicto de intereses (Rodríguez-Arias et al., 2010)

---

<sup>3</sup> Sigo en este capítulo la clasificación que he propuesto en (Rodríguez-Arias 2013)

que, en el peor de los casos, pueden llegar a comprometer sus juicios sobre aquello en que consiste el mejor tratamiento posible de sus pacientes y el cuidado debido a los donantes.

#### *La toma de decisiones en el final de la vida*

Las guías de cuidados al final de la vida preconizan que los cuidados administrados a los pacientes al final de la vida no varíen en función de que el paciente sea o no un donante potencial. (UK, US, España). Con esto, se pretenden evitar dos situaciones en las que los intereses de los pacientes/potenciales donantes se podrían ver dañados. Por un lado, existe el riesgo de que la perspectiva de la donación comprometa los tratamientos debidos a los pacientes, y se le ofrezcan menos opciones de las apropiadas para salvar su vida. En este sentido, por ejemplo, los protocolos de donación en asistolia, tras parada cardíaca controlada, subsiguiente a una limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), exigen que la decisión sobre la LTSV sea anterior e independiente a cualquier conversación con el paciente –o sus familiares- acerca de la donación. Con el mismo propósito, se exige que el médico responsable del diagnóstico de la muerte encefálica pertenezca a un equipo distinto del de aquellos que hayan de intervenir en la extracción y el trasplante.

Por otro lado, existe el riesgo contrario, el de que la perspectiva de la donación determine que se lleven a cabo intervenciones que no podrán beneficiar al paciente y que, siendo fútiles, podrían dañar su interés a no ser sometido a una obstinación terapéutica (incluso aunque no sea consciente en ese momento). En ambos casos se estarían priorizando los intereses de la sociedad sobre los del individuo *antes de que este haya fallecido*, esto es, mientras todavía es un paciente –no ya un donante.

Tradicionalmente, la extracción en muerte encefálica no ha planteado el primero de estos riesgos pues, de forma general, las medidas necesarias para salvar los órganos –la asistencia ventilatoria, los medicamentos necesarios para mantener el ritmo circulatorio y la homeostasis- son análogas a las que se necesitan para salvar vidas. Sí se plantea, en cambio, en el caso de la donación tras muerte circulatoria controlada, al ser preciso que se produzca la parada circulatoria para que el paciente sea declarado fallecido y pueda procederse a la extracción. En este último tipo de protocolos, se ha cuestionado la aceptabilidad de llevar a cabo medidas *antemortem*, tales como la intubación, el cateterismo, la introducción de heparina, o el masaje torácico llevados a cabo con propósitos no terapéuticos, y en algunos casos, sin contar con un consentimiento explícito del individuo ni de sus familiares (Motta 2005).

La forma en que se gestiona el final de la vida puede determinar cosas tan importantes como el momento en que la muerte sucederá, el lugar en el que se producirá (en cuidados intensivos, en emergencias o en el quirófano), el tipo de muerte que se va a producir –muerte encefálica o muerte cardiocirculatoria- y, por consiguiente, las circunstancias en que se encontrarán los órganos vitales de ese individuo. Esto significa que las decisiones sobre el mantenimiento o la limitación del soporte vital pueden ser más o menos propiciatorias de la donación. Y, a la inversa, la expectativa de una posible donación puede afectar –de forma más o menos consciente, y de forma más o menos explícita- a la forma en que se decide manejar los cuidados dispensados a los potenciales donantes que se encuentran en las unidades de

medicina intensiva y de emergencias. En este apartado sólo me ocuparé de esta tensión en lo referido a los pacientes que acaban convirtiéndose en donantes *tras muerte encefálica*.

Una proporción de los ingresados en las unidades de cuidados críticos son pacientes con un daño neurológico severo y que tienen un pronóstico catastrófico, pero que no cumplen todos los criterios de muerte encefálica al no presentar un daño cerebral *total*. Varios países, como el Reino Unido, Estados Unidos u Holanda, han sido pioneros en considerar que la retirada del soporte vital de esos pacientes –retirada de la ventilación mecánica- es una práctica éticamente aceptable. Al desconectarse el respirador se evita la prolongación de una intervención fútil susceptible de cronificar la situación del paciente -estado vegetativo-, pero se pierde la oportunidad de que el paciente acabe siendo un donante en muerte encefálica. Conscientes de este problema, Kompanje y colaboradores plantearon en un artículo de 2006 el dilema al que sus equipos se veían enfrentados:

“[S]tarting or continuing mechanical ventilation in patients who are not brain dead, but who are beyond hope of meaningful survival, with the sole intent of awaiting brain death and the possibility of organ donation bears some risk that the patient will not die but remain alive in a persistent vegetative state” (Kompanje, Bakker et al. 2006).

Las listas de espera de esos países sufren los efectos de lo que algunos han calificado como una pérdida injustificable de oportunidades para la donación (Riad, Nicholls et al. 1995). Afortunadamente, esos mismos países han sido pioneros en establecer los protocolos de donación tras paro circulatorio controlado, que permiten la extracción de aquellos pacientes a los que se interrumpe el soporte vital, obteniendo los órganos poco tiempo después de que sobrevenga un paro circulatorio. Lamentablemente, estos protocolos son menos eficientes en términos de órganos extraídos y trasplantables, pues en la mayoría de los casos sólo posibilitan el trasplante de riñón (ocasionalmente hígado y muy excepcionalmente pulmón).

Esta situación contrasta con la de España o Francia, donde una tradición más conservadora con respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos (Esteban, Gordo et al. 2001) puede haber servido durante años a los intereses de la donación tras muerte encefálica, al haber posibilitado que muchos pacientes con un pronóstico neurológico catastrófico –pero todavía no en muerte encefálica- fueran mantenidos hasta que cumplieran los criterios legales de la muerte, pudiendo entonces convertirse en donantes de órganos, incluidos el corazón, los pulmones, el páncreas, el hígado y, por supuesto, los riñones.

Las distintas formas de gestionar el final de la vida de este tipo de pacientes podrían explicar que, durante años, en España el número de muertes encefálicas haya sido proporcionalmente superior al de otros países como, por ejemplo, Holanda (Matesanz 2003; Kompanje, Bakker et al. 2006). También explica que durante años no fuera necesario recurrir en España a la donación en asistolia controlada<sup>4</sup>. Durante años, se ha considerado justificable el mantenimiento en ventilación mecánica de aquellos pacientes con un daño neurológico muy

---

<sup>4</sup> La tendencia actual de la sociedad a reivindicar cuotas mayores de autonomía, y el rechazo creciente que genera el encarnizamiento terapéutico podrían estar comprometiendo las cifras de donación en muerte cerebral, y explicar la reciente propuesta de comenzar a realizar en España los protocolos de Maastricht III (donación en asistolia controlada), sobre los que se había establecido en 1996 una por motivos éticos (Matesanz 1996).

importante, pero no total, con posibilidad de progresar a muerte encefálica (con un pronóstico de “enclavamiento”) a pesar de reconocerse el riesgo de que algunos de esos pacientes podrían sobrevivir con un daño neurológico crónico (estado vegetativo persistente) (Rodríguez-Arias, Wright et al. 2010). Precisamente en este sentido, Mercedes Lara ha afirmado lo siguiente:

“En virtud del principio de justicia se considera que estos pacientes deben ingresar en las UCIs. Se considera éticamente aceptable que aunque algunos pacientes evolucionan hacia estado vegetativo persistente en virtud de un tratamiento agresivo en la UCI y se atente contra el principio de no maleficencia, es prioritario el beneficio social que la donación de órganos supone. Se debe informar con claridad a los familiares de todos estos procesos y probabilidades. El estado debería asumir las cargas sociales derivadas de la perpetuación de estos pacientes en Estado Vegetativo Persistente” (Lara 2000).<sup>5</sup>

¿Bajo qué circunstancias puede justificarse el mantenimiento de un tratamiento agresivo que no se realiza por el interés individual del paciente/donante, sino por el beneficio social que implica la mejora previsible del estado de salud de los potenciales receptores de sus órganos? En primer lugar, parece importante distinguir la decisión de intubar a un paciente de la de no retirar el respirador. Mientras que la primera sirve para estabilizar al paciente y permite llevar a cabo un diagnóstico y aventurar un pronóstico, el objetivo fundamental de la segunda -una vez confirmado el diagnóstico y conocido el pobre pronóstico- es preservar la oportunidad de la donación en muerte encefálica. Mantener el tratamiento de soporte vital una vez que se sabe que no puede beneficiar a ese paciente incrementa las posibilidades de una extracción multiorgánica, pero también plantea algunas dudas. Dudas, en primer lugar, con respecto a la justificación de dedicar unos recursos médicos caros y escasos a pacientes que no podrán experimentar ningún beneficio individual al recibirlos. Según Matesanz, en términos estrictamente económicos, el coste en cuidados intensivos puede justificarse, con creces, por el ahorro que los trasplantes suponen para el sistema nacional de salud en gasto de terapias sustitutorias, como la diálisis. (Matesanz 2006) Sin embargo, en algunas ocasiones, mantener a esos pacientes con vida fisiológica hasta que se llegue a la pérdida irreversible de las funciones encefálicas (muerte encefálica por hipertensión endocraneal) lleva días, y puede acabar no generando ningún beneficio, ni siquiera para los receptores potenciales de sus órganos. Tal situación se produce cuando los familiares terminan oponiéndose a la donación<sup>6</sup>. Para evitar estos escenarios enormemente costosos tanto en términos económicos como emocionales para familiares y profesionales, se ha discutido la posibilidad de comenzar una discusión prematura con la familia acerca de la opción de la donación, *antes* de que esos enfermos terminales estén muertos, y continuar el soporte vital *sólo* si la familia se muestra favorable la extracción de órganos. Se entiende por *elective ventilation* (EV), el procedimiento a través del cual se transfiere un paciente que está muriendo por causa de una hemorragia intracraneal a una unidad de cuidados intensivos para que sea mantenido durante un periodo breve hasta que se confirma la muerte encefálica y se extraen los órganos. (Riad, Nicholls et al. 1995) Los defensores de esta práctica sostienen que se trata de una práctica beneficiosa para todas las partes involucradas, y

---

<sup>5</sup> <http://www.uninet.edu/cin2000/conferences/MLara/mlara1/sld025.htm> (05/10/12)

<sup>6</sup> En España, la proporción de negativas familiares sobre el total de entrevistas –en torno al 15%- es más bajo que en la mayoría de los países, y la mitad que otros, como Francia, cercano al 30%. Y en algunos casos, se genera la posibilidad de que el paciente recupere sólo las funciones del tronco cerebral, pero no las de la corteza cerebral, y pueda sobrevivir, sin la ayuda de un respirador, pero con gravísimas e irreversibles secuelas cognitivas.

que no daña a nadie. Además, muestran el impacto positivo que tiene en el aumento de las cifras de donación.<sup>7</sup> Sus objetores, en cambio, discuten la legitimidad de instaurar medidas que no benefician al paciente sin su consentimiento explícito, así como la legalidad de que los familiares consientan, por el paciente, una medida que no le puede beneficiar.

De Lora y Pérez Blanco consideran que la EV contribuye a dignificar la muerte, en la medida en que el mantenimiento de la respiración asistida no viola el principio de no-maleficencia, empodera a la familia al darles una oportunidad de involucrarse en el manejo del proceso de morir de su ser querido y posibilita la extracción de órganos, que puede constituir un interés superviviente del paciente irreversiblemente inconsciente y un ejercicio post-mortem de autodeterminación (aunque los autores consideran aceptable esta intervención también en aquellos casos en los que el individuo no se ha pronunciado al respecto). Añaden una última razón a favor de la EV: el mantenimiento en cuidados intensivos permite aliviar el sufrimiento de los pacientes, ofrecerles medidas de confort y controlar mejor la forma en que tiene lugar la muerte, facilitando que esta se produzca en circunstancias más decorosas, y no por un abandono del paciente con severo daño neurológico “a las malas y desagradables consecuencias de la degradación” a la que “el curso natural de los eventos está conduciendo”(De Lora and Blanco 2013). Por todo ello, concluyen:

[A]bsent previous instruction by the patient, it is part of sound clinical judgment to initiate ventilation in a patient who has experienced a catastrophic brain injury. EV provides the necessary means to foresee the patient's chances of survival, and, yes, it will permit the harvesting of organs, which is, by all means, ethically desirable. But above all, EV constitutes the means to put some dignity in the dying process. (147)

Coincido con estos autores en su defensa de la donación como un objetivo éticamente deseable, y con la afirmación de que la EV la promueve. También coincido con ellos en que el mantenimiento del soporte vital en pacientes con un daño neurológico catastrófico difícilmente puede implicar un riesgo de que el paciente experimente un mayor sufrimiento, pues el paciente –casi con toda seguridad- se encuentra total e irreversiblemente inconsciente<sup>8</sup>. Resulta más discutible que el respirador mantenido con un propósito no terapéutico incrementa de forma crucial la dignidad durante el proceso de morir. Mantener conectado a un respirador a alguien sin posibilidad de supervivencia con calidad de vida es una forma de obstinación terapéutica, y esos individuos podrían tener un interés en no ser sometidos a tales procedimientos. Hacerlo, sin saber lo que opinan al respecto, por el beneficio social que eso puede aportar, constituye una forma de instrumentalización difícilmente compatible con la idea de dignidad. La EV también contradice la regla general de que las decisiones sobre el final de la vida deben ser previas e independientes de la decisión de la donación: el juicio sobre la oportunidad de dejar morir se ve influido por consideraciones de tipo utilitarista, que juzgan apropiado que el individuo comience a ser tratado como donante potencial antes incluso de

---

<sup>7</sup> En el hospital de Exeter, el protocolo de *elective ventilation* permitió que ese hospital se convirtiera, antes de que se prohibiera, en el que mayores cifras de donación tenía de toda Inglaterra(Riad, Nicholls et al. 1995)

<sup>8</sup> Digo “con casi toda seguridad” por no ser tajante al expresar una opinión que, siendo mayoritaria, cuenta con algunas opiniones razonables en su contra, como las defendidas en (Verheijde and Rady 2011)

haber fallecido.<sup>9</sup> Tal justificación asume una visión colectivista de la salud, y niega la idea tradicional en ética médica, basada precisamente en la noción confusa de dignidad, de que el médico debe una lealtad prioritaria a sus pacientes.

De Lora y Pérez Blanco afirman también que la asistencia respiratoria es una condición necesaria para la administración de las medidas de confort. Sin embargo, no parece difícil imaginar la administración de cuidados paliativos sin necesidad de recurrir a una intubación. Aunque el mantenimiento con vida más allá de lo terapéuticamente indicado puede formar parte de los deseos de algunas personas, al menos igualmente razonable parece pensar que muchas personas desean sobrevivir sólo en la medida en que existan probabilidades de supervivencia con una mínima calidad de vida, y que cuando han desaparecido irreversiblemente sus posibilidades de recuperación cognitiva, su interés es no seguir con vida. Ciertamente, otro interés superviviente puede ser contribuir a mejorar la salud de otras personas mediante una donación de órganos, pero no se puede presumir que esa es la voluntad de la mayoría de las personas. Ni siquiera en los países que disponen de un modelo de consentimiento presunto.<sup>10</sup> Si de lo que se trata es de honrar los deseos póstumos del individuo con respecto a la donación, lo más apropiado sería insistir en la necesidad de expresar ese deseo mientras se está consciente y se disfruta de salud. Cuando no se dispone de una declaración acerca de la donación, como es el caso en España y otros países con modelos de consentimiento presunto, presumir que la extracción de órganos es la opción que respeta el interés del individuo resulta simplemente inapropiado.

En España, las cada vez más frecuentes solicitudes de interrumpir el soporte vital –bien sea a través de instrucciones previas, bien sea por parte de los familiares de los pacientes- están contribuyendo a un positivo cambio de cultura en cuidados intensivos con respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico. Lo que hasta hace pocos años se consideraba una forma de eutanasia, se ha convertido en una forma cada vez más aceptada de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV). Sin embargo, la mayor incidencia de LTSV también está contribuyendo –junto con otros factores, como el descenso de accidentes de carretera, o el mejor manejo de los accidentes cerebrovasculares- a una disminución progresiva del número y proporción de donantes en muerte encefálica, y el recurso –muy reciente en España- a la donación tras paro circulatorio controlado (Corral, Maynar et al. 2011) sobre la que pendía una moratoria oficialmente levantada en 2012.

La donación tras paro circulatorio es menos ventajosa en términos de órganos extraíbles que la que sucede tras muerte encefálica, pues los órganos torácicos –corazón y pulmones- se descartan en la inmensa mayoría de los casos. Además, el hecho de que el paro circulatorio pueda llegar tras un período muy prolongado de baja perfusión hace que los órganos se

---

<sup>9</sup> Otro riesgo es que la propuesta de la reanimación condicionada al compromiso de la donación suponga una presión indebida a los familiares del paciente, en particular en aquellos casos en los que estos albergan alguna esperanza (infundada) de que el paciente se recupere.

<sup>10</sup> Pablo de Lora “What does presumed consent might presume? Preservation measures and uncontrolled donation after circulatory death” Manuscrito no publicado

deterioreen durante el proceso, lo que acaba contraindicando a menudo la extracción (Morrissey 2012). Otra causa de que hayan disminuido las muertes encefálicas en las UCIs es el uso, cada vez más frecuente, de cirugías craneales descompresivas (craniectomía) en pacientes neurocríticos con síndrome de hipertensión intracraneal, llevadas a cabo para evitar que se produzca un cese circulatorio al cerebro y enclavamiento cerebral (muerte encefálica) por la excesiva presión intracraneal.

Una serie de médicos y reconocidos especialistas españoles en bioética comentan el caso reciente de un paciente de estas características ingresado en el Hospital Central de Asturias. (Escudero, Cofino et al. 2013) En el caso comentado, la craniectomía consigue evitar que el paciente evolucione rápidamente hacia muerte encefálica, pero fracasa al no propiciar una recuperación neurológica. Ante el pronóstico catastrófico y la futilidad de mantener con vida a ese paciente, los profesionales de cuidados intensivos se plantean dos opciones. Por un lado, existe la posibilidad de interrumpir la asistencia ventilatoria, lo que acabaría provocando una muerte por criterio circulatorio –y abriría una posibilidad a la extracción urgente de órganos tras paro circulatorio controlado. La segunda opción consiste en facilitar la muerte por criterio neurológico comprimiendo la masa cerebral previamente liberada de la presión gracias a la craniectomía. Se opta por esta segunda opción. Una vez tomada la decisión, se “informa detalladamente a la familia de las razones de tal medida y de sus posibles consecuencias” (p. 182). Para llevar a cabo el procedimiento, los profesionales involucrados valoran la posibilidad de recolocar la porción craneal previamente diseccionada quirúrgicamente, pero esta opción se desestima por considerarse que implica “un consumo de recursos injustificados” (p. 183). Alternativamente, se recurre a un vendaje compresivo (craneoplastia con vendaje), que acaba provocando la muerte encefálica y permitiendo la extracción multiorgánica. Se ofrecen dos tipos de argumentos para justificar la opción de la craneoplastia.

Por un lado, se afirma que esa intervención es en sí misma éticamente aceptable, al considerarse una forma de limitación del soporte vital no diferenciable de otras, y por estimarse apropiado que el paciente muera por su patología inicial. Cito a continuación los argumentos que se aportan en este sentido:

“Entre las dos opciones mencionadas, el médico responsable elige la craneoplastia con vendaje al considerarla más cercana a la libre evolución de su lesión original”<sup>11</sup>

“Revertir el efecto de la cirugía descompresiva mediante la craneoplastia con vendaje puede ser considerado éticamente similar a otras formas de LTSV [limitación del tratamiento de soporte vital] ya que no vulnera los principios de beneficencia y no-maleficencia.”

Por otro lado, se ofrece un argumento de tipo consecuencialista, fundado en la expectativa de beneficiar a más personas si la muerte se llega a producir por criterio neurológico. Este argumento se concreta en las siguientes afirmaciones:

“El hecho de que en la práctica clínica, se aplique tradicionalmente y de forma más frecuente y protocolizada la

---

<sup>11</sup> Esta opción fue invocada por el médico responsable. Los restantes argumentos son –presumiblemente– compartidos por todos los autores del artículo, incluidos los expertos en bioética, que fueron consultados a posteriori, una vez que ya se había dado una solución al caso. (Escudero, Cofino et al. 2013)

extubación, no justifica que se deba primar esta modalidad de LTSV frente a otras formas como la craneoplastia con vendaje, sobre todo en los casos que exista una potencial donación de órganos”.

“Cuando se realiza la LTSV mediante extubación terminal, la posibilidad de donar órganos queda limitada exclusivamente a la donación en asistolia controlada o tipo III de Maastricht. Este tipo de donación es una práctica muy excepcional en España, y por sus propias limitaciones, no puede garantizar siempre la obtención de órganos para trasplante”.

“Algunos autores, han estimado que una donación multiorgánica de 6 órganos, genera 55,8 años de vida para los diversos receptores y por lo tanto, un importante beneficio social apoyando el principio de justicia.”

El argumento ofrecido por Escudero y colaboradores para justificar la craneoplastia se enfrenta a una segunda objeción, derivada de haber asimilado la craneoplastia compresiva a una forma de limitación del soporte de tratamiento vital. Los autores afirman que “[r]evertir el efecto de la cirugía descompresiva mediante la craneoplastia con vendaje puede ser considerado éticamente similar a otras formas de LTSV ya que no vulnera los principios de beneficencia y no-maleficencia”.

La craneoplastia con vendaje en un paciente con hematoma subdural, equivale fisiológicamente a un estrangulamiento, pues es causante de un cese circulatorio al cerebro y de la muerte encefálica. Afirmar que una práctica de estas características y realizada con ese propósito es no-maleficente equivaldría a afirmar que un estrangulamiento puede no ser maleficente<sup>12</sup>. En cualquier caso, sea o no justificable emplear un vendaje compresivo con el fin de provocar un daño neurológico irreversible, difícilmente puede considerarse una limitación de tratamiento de soporte vital. Por la propia naturaleza de la intervención, no se trata de una *limitación* del soporte vital. Y tampoco de una limitación del *soporte* vital. Podría argumentarse que la craneoplastia con vendaje se asemeja a la interrupción del respirador en el sentido de que ambas intervenciones implican acciones que aceleran la muerte<sup>13</sup>. La craneoplastia difiere, sin embargo, de la interrupción del respirador, en que no existe ningún agente activo que esté manteniendo (soportando) la vida de esa persona. El respirador sí sustituye una función -la función pulmonar- por lo que sí cabe caracterizarlo como una forma de “soporte” vital. La diferencia entre una y otra práctica tampoco estriba en su carácter vital (la craniectomía fue vital en su momento, pues de otro modo el paciente habría muerto). Radica, más bien, en que, una vez realizada, la craneoplastia ya no exige un mantenimiento activo. Las unidades de cuidados intensivos tienen como propósito sacar a los enfermos críticos de una situación muy grave y acompañarlos –con todo tipo de dispositivos técnicos y farmacológicos- en dirección hacia la independencia funcional, hasta que pueden volver a funcionar de forma independiente.

---

<sup>12</sup> Desde mi punto de vista, incluso una eutanasia activa puede ser no-maleficente (entendiendo por “no-maleficente” toda intervención genera más beneficios que daños), siempre y cuando concurren varias circunstancias, incluida la existencia de una voluntad libre y decidida a morir. Uno de los argumentos que más pueden justificar la craneoplastia es que se quiere evitar que el paciente permanezca en estado vegetativo. Reconocer que ese riesgo ha de ser evitado –por el daño que ese desenlace podría constituir para los intereses críticos del paciente- es otra forma de reconocer que la vida, en algunas circunstancias muy extremas, puede ser un daño, y la muerte un beneficio.

<sup>13</sup> En este sentido, creo que cabría calificar ambas intervenciones como modalidades de muerte médicamente asistida.

Interrumpir un respirador equivale a dejar de empujar al organismo en la dirección de la vida. La craneoplastia, en cambio, se parece más a empujarlo en la dirección de la muerte<sup>14</sup>.

Calificar la craneoplastia como “limitación del tratamiento de soporte vital” evita emplear el término eutanasia, un término con demasiada mala reputación como para asociarlo sin riesgos a la extracción de órganos (Miller and Truog 2011). Sin embargo, que el uso de un término pueda tener efectos nocivos para la percepción pública de los trasplantes no demuestra que su empleo sea inapropiado.<sup>15</sup> En *Death, Dying and Organ Transplantation*, Franklin Miller y Rober Truog han argumentado que tanto la interrupción del soporte vital como las prácticas actuales de extracción de órganos vitales constituyen formas de causar la muerte. La distinción entre matar y dejar morir, empleada para justificar públicamente por qué la desconexión de un respirador no entra en la categoría de eutanasia, también ha sido ampliamente cuestionada. Muchas de las prácticas comúnmente asimiladas a una limitación del esfuerzo terapéutico implican un comportamiento activo, transitividad y una relación causal entre el comportamiento médico y la muerte del paciente. La craneoplastia cumple desde luego todas esas características. Otro criterio tradicionalmente invocado para distinguir la retirada de un respirador de la eutanasia activa es el de la intencionalidad: el objetivo de la primera intervención –se argumenta– no es provocar la muerte, sino “permitir que la naturaleza siga su curso” y evitar el daño que supondría para el paciente someterle a un encarnizamiento terapéutico. Un argumento afín es invocado por el médico responsable cuando afirma que la opción de la craneoplastia es “más cercana a la libre evolución de su lesión original”. Sin embargo, en el contexto altamente tecnificado de los cuidados intensivos, pocos son los fenómenos que acontecen de forma “natural” o “libre”. Pero es que, además, lo que sea natural tiene poca relevancia moral: los antibióticos no son naturales, la diálisis no es natural, los desfibriladores no son naturales, el respirador no es natural... y no por ello creemos que sea incorrecto aplicarlos.

Ni siquiera resulta plausible que la craneoplastia se llevara a cabo con la intención de beneficiar al paciente, cuyas preferencias –insisto– se desconocían y no parece que se investigaran a través de sus familiares, a quienes aparentemente se informó solamente de la opción de la craneoplastia como una decisión ya tomada. La opción de la craneoplastia, y su preferencia como alternativa a la desconexión del respirador automático, viene motivada por la intención explícitamente estratégica de provocar el tipo de muerte que permitiría maximizar los beneficios de la extracción.

Los argumentos utilitaristas que emplean los propios autores resultan mucho más honestos y defendibles, si bien constituyen una defensa, expresada con elogiada candidez, de que a veces puede ser éticamente aceptable instrumentalizar a un paciente para el beneficio de terceros y

---

<sup>14</sup> Debo esta analogía a Nazareth Delgado, con quien he tenido el privilegio de reflexionar sobre este caso.

<sup>15</sup> En el discurso oficial sobre la muerte y la extracción de órganos, reformular los problemas y redefinir los términos ha sido un recurso recurrente para evacuar las cuestiones normativas involucradas y eludir controversias (Rodríguez-Arias et al., 2011a). Sin embargo, un uso pragmático de los términos suele acabar generando contradicciones y necesitando consecutivas reformulaciones a la luz de las exigencias de cada momento y lugar (Munjal, Wall et al. 2013). Analizaré esta estrategia más adelante.

sin su consentimiento. En el caso comentado, la naturaleza de los cuidados recibidos por este paciente queda claramente condicionada por su estatus de donante potencial. Esto constituye otra desviación a la regla tradicional en las prácticas de donación, de que la opción de la extracción sólo se debe plantear una vez que el paciente haya sido declarado muerto, y nunca antes, para no alterar, condicionar o comprometer los cuidados recibidos al final de la vida.<sup>16</sup>

Bajo ciertas condiciones, tales como la inexistencia de daño, o la existencia de un riesgo mínimo, ser considerado como un medio para beneficiar a otras personas se considera ética y legalmente aceptable. Se suele exigir, cuando existe un riesgo, que se cuente con la autorización de la persona interesada o, en ausencia de una autorización explícita, con razones convincentes para pensar que esa persona –ahora irreversiblemente inconsciente- había deseado que su cuerpo, incluso aún vivo, fuera puesto al servicio del interés social. El consentimiento elimina la naturaleza instrumentalizadora de la relación. Ahora bien, por los mismos motivos, cuando no se dispone de una prueba de que el paciente había querido ser donante, el testimonio de sus familiares se vuelve absolutamente necesario. En esto coinciden los expertos bioéticos consultados, co-autores del artículo, que afirman que un requisito de aceptabilidad para este tipo de procedimiento es que el paciente hubiera dejado constancia de su deseo de una limitación del esfuerzo terapéutico y de la donación. En caso de que unas instrucciones previas no existan (como sucedió en este caso), consideran necesario que sus familiares o representante hubieran tomado la decisión basándose en los valores del paciente que ellos pudieran conocer. Para tomar esas decisiones –estiman esos bioéticos- “es preciso transmitir a la familia una información exhaustiva, detallada y transparente de todo el proceso” (p. 183). En el caso comentado, sin embargo, no queda claro que la familia fuese involucrada en la decisión acerca del procedimiento a seguir, sino que fue informada de las razones de tal medida y de sus posibles consecuencias.

La opción elegida podría justificarse desde un punto de vista estrictamente consecuencialista. Esta justificación vendría reforzada por el hecho de que el daño al paciente es sólo hipotético y en ningún caso de tipo experiencial pues, tratándose de un paciente inconsciente, el único tipo de intereses que podría ser vulnerado es aquel que Ronald Dworkin ha dado en llamar “intereses críticos”, supervivientes a la pérdida definitiva de la conciencia<sup>17</sup>. Pero en ese caso, no habría sido necesario recurrir otro tipo de afirmaciones, de dudosa justificación, como que

---

<sup>16</sup> El Real Decreto 1723/2012 exige, precisamente con el fin de evitar conflictos de intereses, que el médico responsable del diagnóstico de la muerte debe pertenecer a un equipo distinto del de aquellos que hayan de intervenir en la extracción y el trasplante. El hecho de que la mayoría de los coordinadores de trasplante en España sean médicos intensivistas, si bien facilita la identificación de los donantes potenciales, su mantenimiento, y reduce las pérdidas de donantes debidas a falta de motivación profesional, incrementa también el riesgo de que esos profesionales se vean sometidos a un conflicto de lealtades, sobre todo en aquellos casos en los que una proporción de su salario depende de su productividad (Rodríguez-Arias, Wright et al. 2010). En el caso comentado, por ejemplo, resultaría particularmente cuestionable que el médico responsable que decidió la craneoplastia perteneciera al equipo de coordinación de trasplantes del hospital.

<sup>17</sup> Sobre la distinción entre los intereses experienciales –aquellos que el paciente tiene, por ejemplo en no vivir experiencias desagradables, y sí experiencias agradables- y los intereses críticos –aquellos que el paciente conserva, incluso después de haber perdido la conciencia- en no ver frustrados sus valores, o su honor, por ejemplo- véase (Dworkin 1998) Walter Glannon ha aplicado esta distinción al caso de la donación de órganos en (Glannon 2013)

la opción del vendaje constituye una forma de LTSV más cercana a la libre evolución de su lesión original. ¿Por qué no haber presentado abiertamente el caso de la craneoplastia como un caso de donación tras eutanasia?

La mayoría de las legislaciones sanitarias siguen mostrándose cautas a la hora de reconocer el carácter borroso de la distinción, ampliamente debatida en la academia, entre “dejar morir” y “matar”(Kuhse 1984; Rachels 1987; Childress 1993; Antommaria 2010). Como señalan Miller, Truog y Brock, pese a que tal distinción haya sido rebatida y actualmente no cuente con un apoyo mayoritario entre los académicos, sigue cumpliendo el papel social de una ficción moral. Una ficción moral es una creencia falsa que caracteriza erróneamente ciertas prácticas para poderlas subsumir en una norma. En este caso, se trata de la norma de que los doctores nunca deben matar a sus pacientes (Miller, Truog et al. 2010) y de que, mientras que dejar morir no es incorrecto, causar la muerte sí lo es. Para preservar la necesaria confianza del público en los sistemas de trasplante, las políticas de donación de órganos se han servido de la distinción entre matar y dejar morir, restringiendo la extracción de órganos a aquellas circunstancias en las que se “dejaba morir” al paciente. Es en estos términos en los que se concibió el Protocolo de Pittsburgh, el primer protocolo de donación tras muerte cardíaca controlada(Lynn and Cranford 1999). El riesgo de que pueda percibirse que el proceso de la donación acelera el proceso de morir es una amenaza que los distintos sistemas de trasplante tratan de conjurar a toda costa. Incluso si para ello han de servirse de políticas incoherentes, infundadas científicamente y de contorsiones semánticas.(Shewmon 2004; Shewmon 2009) Parece que denominar a la craneoplastia con vendaje una limitación del tratamiento de soporte vital es un esfuerzo más en ese sentido.

En Bélgica, los órganos vitales de pacientes que han solicitado una eutanasia, pueden ser extraídos inmediatamente después de que se lleva a cabo esa práctica (Ysebaert et al., 2009)<sup>18</sup>. Esta práctica plantea el mismo tipo de cuestiones deontológicas y consecuencialistas que plantea la eutanasia activa (F.G. Miller & Truog, 2011), con el riesgo añadido de que tal práctica pudiera ser implementada, no (o no sólo) como una respuesta compasiva a una situación de sufrimiento en un paciente capaz pero gravemente enfermo, sino (también) como un medio para alcanzar un beneficio social. Tras el beneficio tan evidente que es salvar la vida a 5 personas yace el riesgo de pasar por alto las cautelas y los requisitos necesarios para que una eutanasia pueda ser aceptable. Para evitar ese riesgo, en los protocolos de donación tras paro circulatorio controlado (precedido o no por una eutanasia), se ha señalado la necesidad de que la decisión sobre la donación solo pueda plantearse tras haber aprobado la decisión sobre la decisión relativa al final de la vida. Por otro lado, para evitar conflictos de intereses, se exige que los profesionales encargados de la donación y los encargados de evaluar y llevar a cabo la

---

<sup>18</sup> Una variación de esta práctica consistiría en que la eutanasia se llevara a cabo de forma que la extracción de órganos fuera la causa próxima de la muerte del donante sedado. (Wilkinson & Savulescu, 2010). Esta opción permitiría obtener órganos en excelentes condiciones (similares a los pacientes en muerte encefálica), pero constituiría una violación de otra regla que marca una línea que ninguna legislación sobre donación de órganos ha atravesado de forma explícita: la *dead donor rule*. La regla del donante fallecido, establece que a toda extracción de órganos vitales debe preceder un diagnóstico de muerte (Arnold and Youngner 1993; Robertson 1999).

solicitud de la muerte médicamente asistida no pertenezcan a los mismos equipos.

### *Cambios en el modelo de consentimiento para la donación*

La diferencia entre un sistema de consentimiento presunto y un modelo de consentimiento explícito se cifra en la opción que cada uno de ellos considera por defecto, esto es, aquello que ocurrirá en caso de que el individuo no haya tomado ninguna decisión sobre donar (Den Hartogh, 2011). En los países con un modelo de consentimiento presunto, las personas no necesitan afirmar que quieren ser donantes para serlo; más bien deben expresar su rechazo a la donación para no serlo –bien sea a través de un documento que lleven consigo, bien sea registrando su nombre en un registro de rechazo. Abadie y colaboradores demuestran que los países con un modelo de consentimiento presunto consiguen medias de donación más elevadas que los países con un sistema de consentimiento explícito. Sin embargo, esos mismos autores concluyen también la imposibilidad de determinar que el modelo de consentimiento sea el causante de ese incremento en la donación, pues los países con consentimiento presunto son también aquellos que cuentan con otras circunstancias a las que se puede atribuir ese éxito, como un sistema público de salud o un alto gasto per cápita y porcentaje del Producto Interior Bruto en salud, que podrían enmascarar el reducido efecto de la legislación sobre consentimiento presunto (Abadie & Gay, 2006)<sup>19</sup>.

Se ha argumentado que el consentimiento presunto no afecta negativamente a los intereses de los donantes, pues los candidatos a la donación no pueden experimentar ningún tipo de daño una vez que han sido declaradas muertas. Sin embargo, en el caso de los protocolos de donación en asistolia no controlada, se apela al consentimiento presunto para justificar la instauración de instaurar medidas de preservación de los órganos antes de que las personas hayan fallecido, y antes de que hayan perdido de manera irreversible sus funciones neurológicas (Rodríguez-Arias, Ortega-Deballon et al. 2013). Quienes aplican de manera consecuente ese razonamiento aceptan la confiscación de los órganos tras la muerte (Spital 2005; Guibet Lafaye and Kreis 2013). Otros, han recordado que los donantes pueden conservar intereses a pesar de haber sido declarado muertos, y que honrar o no los deseos previos de los individuos no es irrelevante (Glannon 2013).<sup>20</sup> Uno de los principales argumentos en contra del consentimiento presunto es que obstaculiza el derecho de las personas a no ser donantes de órganos. No llevar consigo una señal de que no se quiere donar puede ser una señal de un deseo de ser donante, pero también puede ser el resultado de ignorancia sobre el contenido de la ley, o de una falta de organización o diligencia. De acuerdo con el Eurobarómetro realizado en 2009, en España sólo un 21% de la población afirma conocer la legislación española sobre trasplantes<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Rithalia y colaboradores alcanzan similares conclusiones en una revisión más reciente de la literatura sobre este aspecto de la donación (Rithalia et al., 2009).

<sup>20</sup> Antonio Casado y yo hemos expuesto los argumentos a favor y en contra del consentimiento presunto en (Rodríguez-Arias and Casado da Rocha 2009) He aplicado esos argumentos al caso de la donación de órganos de menores de edad en <http://www.dilemata.net/index.php/secciones/actualidad-de-la-bioetica-medica/344-el-consentimiento-presunto-para-la-donacion-y-los-menores> (15/05/2013)

<sup>21</sup> [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_333a\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_333a_en.pdf) (15/05/2013)

Desde mi punto de vista, facilitar la donación a través de una ley de consentimiento presunto puede estar justificado, en nombre del beneficio social que genera, siempre y cuando se cumplan dos condiciones: por un lado, las autoridades se deben preocupar por que exista una información periódica a la sociedad sobre el modelo de donación vigente en su país; por otro, deben poner a disposición de la ciudadanía un procedimiento de fácil acceso (un registro de rechazos) para que quien quiera rechazar la donación, lo pueda hacer. Cuando ambas condiciones no se cumplen, resulta poco apropiado y tendencioso denominar a ese modelo un modelo de “consentimiento”.

Desde hace años, en España, la mayoría de la población ha valorado muy positivamente los trasplantes<sup>22</sup>. Sin embargo, varios estudios sugieren que la mayoría de la población española considera el modelo de consentimiento presunto como poco aceptable (Conesa Bernal et al., 2004; Conesa et al., 2003; Martínez-Alarcon et al., 2010). En otros países, como el Reino Unido, Brasil y Rumanía, los intentos de introducir un modelo de consentimiento presunto han fracasado por el rechazo social expresado (Grigoras et al., 2010; UK Department of Health, 2008, Csillag 1998).

Otras estrategias basadas en modificaciones en el proceso de obtener el consentimiento son:

1. Técnicas para aumentar la eficiencia a la hora de obtener consentimiento, como la llamada *presumptive approach* (acercamiento presuntivo), por la cual se anima a los coordinadores de trasplante tratar de persuader a los potenciales donantes y sus familiares orientando sus decisiones en la dirección de la donación;
2. Eliminación del veto familiar, como es el caso de Austria;
3. La obligación de que los hospitales y los sanitarios informen a los pacientes, o la administración pública a los usuarios, de la posibilidad de la donación tras la muerte (sobre esta modalidad de *required request*, ver Martyn et al., 1988);
4. El llamado *mandated choice*, a través del cual las personas no sólo son informadas obligatoriamente, sino que deben además expresar por adelantado si están o no de acuerdo con donar tras haber fallecido (Spital, 1996)
5. La confiscación o conscripción de los órganos, que autoriza al Estado a obtener los órganos de las personas fallecidas, incluso cuando existe un rechazo explícito a la donación, para salvar, con lo que se entendería como un bien socializado, las vidas de otros pacientes (Delaney & Hershenov, 2009).

\* Cambios en los criterios de distribución de órganos

La distribución de órganos extraídos se ha enmarcado tradicionalmente en los límites de la imparcialidad. Los órganos procedentes de los donantes cadavéricos generalmente se distribuyen de acuerdo a criterios objetivos, tales como la necesidad médica, la urgencia, la probabilidad de buenos resultados, el tiempo en la lista de espera, la compatibilidad de tejidos

---

<sup>22</sup> [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2200\\_2219/2213/e221300.html](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2200_2219/2213/e221300.html)  
(15/05/2013)

entre donante y receptor o la proximidad al centro<sup>23</sup>. Esos criterios son imparciales en la medida en que desatienden cualquier tipo de consideración subjetiva, tales como la relación personal, el lazo emocional o el valor social. El principio de imparcialidad a menudo se considera una condición para que la distribución de órganos sea justa. Se basa en la idea de que las personas deberían tener las mismas oportunidades de acceder un bien tan preciado como un órgano. La mayoría de las políticas internacionales suscriben este principio y, al considerar los órganos procedentes de cadáveres como un bien público, prohíben que los donantes puedan decidir, antes de fallecer, qué individuos o grupos deberían ser los destinatarios de sus órganos.

Este marco regulativo relativo a la asignación de órganos cadavéricos contrasta con la distribución de órganos procedentes de vivos. En casi todas las jurisdicciones en las que la donación de vivo es posible, a los donantes no solo se les permite que decidan (de forma parcial) quién será la persona que recibirá su órgano (generalmente un riñón, donado a un familiar o allegado), sino que se suele valorar como una garantía y *criterio de aceptabilidad ética* que existan lazos personales entre donante y receptor. La parcialidad en este caso se permite porque se sabe que los donantes vivos se mostrarían menos inclinados a donar si no pudieran elegir al receptor o receptora de sus órganos.

Ambos sistemas de distribución de órganos han sido complementarios para lograr el importante objetivo de combatir la escasez de órganos. Medard Hilhorst ha mostrado que, aunque estos planteamientos de distribución de órganos fueron diseñados para coexistir sin interferir el uno en el otro, una serie de iniciativas recientes han comprometido esa coexistencia supuestamente pacífica, a resultas de lo cual se ha socavado la absoluta imparcialidad en la distribución de órganos cadavéricos. Hilhorst menciona la donación cadavérica condicionada, en la cual una persona decide quién será el receptor de sus órganos tras haber fallecido (Cronin & Price, 2008); la existencia de grupos como los *LifeSharers*<sup>24</sup> que han concebido un modelo de club en el que tienen prioridad para ser trasplantadas solo aquellas personas que se hayan declarado donantes; la priorización a los donantes vivos para obtener órganos de la lista de órganos cadavéricos, en caso de necesitar un órgano después de haber donado; y el intercambio de listas, un procedimiento en el cual el receptor incompatible de un donante vivo recibe un órgano compatible de la lista de órganos cadavéricos a cambio de dar a esa lista el órgano del donante vivo. Según Hilhorst, lo que estos casos muestran es que se está reconsiderando la ética de la imparcialidad y se está tomando cada vez más en serio la parcialidad como un criterio compatible con la ética en la distribución de órganos.

En Israel –uno de los países con mayor escasez de órganos- se ha aprobado una iniciativa

---

<sup>23</sup> Los criterios de asignación de órganos cadavéricos dependen de cada órgano. También varían de un país a otro e incluso dentro de cada país, de una región a otra, o de un hospital a otro. Eduardo Rivera López ha analizado esta cuestión con detenimiento en (Rivera 2001) Un análisis de los modelos de distribución en donación de vivo puede encontrarse en

<sup>24</sup> <http://www.lifesharers.org/> (15/05/2013)

reciente para incentivar la donación post-mortem que consiste en dar prioridad, en caso de necesitar un órgano, a aquellas personas que estén registradas en el censo de donantes potenciales, sobre aquellos que no se registran. De acuerdo con esta política, los individuos con tarjetas de donante son priorizados, al igual que los miembros de su familia más cercana, sobre aquellos pacientes que presentan una igual necesidad médica pero no disponen de una tarjeta de donante (Lavee et al., 2010). Se ha afirmado que esta política plantea problemas relacionados con la equidad en el acceso a los órganos trasplantables, y con la posibilidad de que los miembros de cada familia podrían recibir presiones para firmar tarjetas de donante. (Quigley et al., 2012; Wright & Silva, 2010).

#### *Ampliación de los criterios para convertirse en donante*

España y Francia, como muchos otros países, han conseguido incrementar sus cifras de donación admitiendo “criterios expandidos” a la donación que permiten la inclusión de individuos cuyos órganos podrían no encontrarse en óptimas condiciones por su edad o estado de salud (Mamzer, 2008; Paredes-Zapata et al., 2011). Esta estrategia tiene el inconveniente de que hace que disminuya la eficiencia en la extracción (la proporción de órganos extraídos que pueden ser trasplantados), pero da la oportunidad de acceder a órganos y mejorar la calidad de vida de muchas personas. (Cuende et al., 2007; Roels et al., 2007).

Históricamente, los cambios más radicales y más efectivos en los criterios para incluir a individuos como donantes potenciales se han llevado a cabo en el ámbito de la determinación de la muerte. En los últimos 40 años, la introducción de modificaciones médico-legales en los criterios para determinar la muerte ha resultado ser una forma muy exitosa de incrementar las cifras de donación. A lo largo de la década de los años 70, las leyes de muchos países del mundo aceptaron la idea de que los pacientes en *coma dépassé* estaban muertos. De esta forma, se convirtieron en donantes potenciales miles de pacientes irreversiblemente inconscientes que hasta ese momento se habían considerado vivos. En la actualidad, se está proponiendo suavizar el requisito de la irreversibilidad en la muerte por criterio circulatorio para que se pueda extraer órganos de individuos con una parada circulatoria muy poco tiempo después del cese circulatorio, y a pesar de que esa función se pueda recuperar (Bernat, Capron et al. 2010; Bernat 2013; Munjal, Wall et al. 2013).

Estas modificaciones no han podido llevarse a cabo sin crear simultáneamente una gran perplejidad y enormes problemas teóricos (Shewmon 2009; Shewmon 2010). A medida que los criterios para determinar la muerte se vuelven menos estrictos y más inclusivos, el pool de donantes se extiende. Sin embargo, al hacerlo, la extracción de órganos es progresivamente realizada en momentos en los que los donantes están cada vez más cerca de la frontera difusa que separa la vida de la muerte. El adjetivo “muerto” tradicionalmente se ha entendido como un estado objetivo del organismo, que las personas –los médicos– pueden constatar. “Muerto” no se interpreta como un status social otorgado socialmente de acuerdo a criterios culturales. (Marquis, 2010). Se supone que cuando alguien es declarado muerto es porque está muerto, y

no que está muerto porque alguien lo ha declarado como tal. El concepto de muerte que generalmente se usa es de tipo biológico, y presupone que la naturaleza precede a la cultura y la determina. En definitiva, cuando los médicos firman un certificado de fallecimiento, se supone que no lo hacen basándose en sus opiniones, sino en los hechos que simplemente describen: la pérdida de las funciones vitales. Esta concepción muy común de lo que significa morir ha sido cuestionada en el ámbito de la academia. Como ya señalara Karen Gervais en su libro *Redefining Death*, la afirmación de que “la muerte equivale a la pérdida irreversible de las funciones cerebrales –o cardíacas, añadiría yo- equivale” implica una decisión de relevancia (*decision of significance*). Una decisión de relevancia incorpora los presupuestos metafísicos y morales sobre la vida que permiten dar cuenta de por qué algunas funciones, a diferencia de otras, son tan importantes para la vida humana que su pérdida implica necesariamente la muerte (Gervais, 1986). He defendido, junto con otros autores, que tanto los argumentos tradicionales para incluir los criterios neurológicos en la definición de la muerte como los argumentos más recientes para redefinir la “irreversibilidad” en términos de “permanencia”(Bernat 2010) en la donación a corazón parado son tentativas científica y conceptualmente insostenibles de promover la extracción de órganos de forma que no se viole la dead donor rule (Joffe, 2007; Marquis, 2010; F. G. Miller et al., 2010a, b(Rodríguez-Arias, Smith et al. 2011).

La medicina tiene autoridad científica para determinar cuándo el cerebro o el corazón han cesado de funcionar, pero no para afirmar que el cese de la actividad cerebral o circulatoria equivale a la muerte humana. Para dar ese paso, es necesario ofrecer una definición de la vida. Los sucesivos intentos de atender a la escasez de órganos por medio de redefiniciones de los criterios para determinar la muerte, en la medida en que no han reconocido su fundamento extracientífico y las decisiones de relevancia en las que se basan, han ocultado su fundamento normativo y escamoteado la posibilidad de que exista una discusión ética al respecto. Presentar la muerte humana como un hecho objetivo, y no como una cuestión sujeta a decisiones, es ciertamente persuasivo, puesto que se supone que las personas no pueden expresar desacuerdos sobre cuestiones de hecho (Rodríguez-Arias et al., 2011a). Ahora bien, consigue también bloquear la necesaria discusión sobre las políticas sanitarias cargadas de valores, enmascarando ideológicamente su carácter discutible.

Los criterios legalmente aceptados para diagnosticar la muerte encefálica ni siquiera cuentan con el respaldo científico que muchas veces se le atribuye. Se sabe que los donantes en muerte encefálica pueden conservar la capacidad de integración del organismo(Shewmon 1998), incumpliendo de este modo la definición de la muerte que durante muchos años se creyó que legitimaba teórica y biológicamente el criterio neurológico de la muerte(Bernat, Culver et al. 1981). También existen importantes dudas con respecto a la irreversibilidad de la condición circulatoria y neurológica en la que se encuentran los donantes tras paro circulatorio(Menikoff 1998; Marquis 2010; Bernat 2013). Tales dudas, que fundamentalmente se han expresado en el ámbito de la academia, explican sin embargo gran parte de la confusión y falta de coherencia que muestran las personas con respecto a la muerte, incluidos los propios profesionales encargados de determinarla y extraer órganos de esos individuos (Rodríguez-Arias et al., 2011b;

Shewmon, 2009; L. Siminoff & Bloch, 1999; L. A. Siminoff et al., 2004).

*Conclusiones: Bioética, transparencia y deliberación pública sobre las políticas de trasplante*

Que un procedimiento que salva vidas pero amenaza otros valores éticos deba o no implementarse es en sí mismo un dilema moral. ¿Quién debe tomar este tipo de decisiones? A menudo este tipo de decisiones son tomadas por un número relativamente reducido de expertos que actúan como *policy makers*. Por lo general, la sociedad –es decir, el conjunto de las personas afectadas- no es tenida en cuenta. Esto puede ser problemático, y no solo desde el punto de vista de la calidad del proceso de la toma de decisiones. En la medida en que la percepción social de los trasplantes es un factor que determina la probabilidad de éxito a largo plazo de una política de trasplantes, la sociedad puede llegar a penalizar a sus políticos por no contar con ella en las decisiones que afectan a cuestiones tan serias como su vida, su salud y su muerte.

El público generalmente respalda políticas seguras y eficaces. Sin embargo, la actitud del público con respecto a una estrategia dirigida a incrementar los índices de donación no solo depende de análisis sobre su relación riesgo-beneficio. Los juicios morales que las personas tienen en relación con las prácticas de extracción y trasplantes están también informadas por una multitud de factores culturales, históricos, políticos y económicos que inciden en las emociones individuales, y que son en cierta medida independientes de la eficacia y la seguridad que tales estrategias prometen. La complejidad de la interacción de estos factores no fácilmente identificables ni cuantificables da cuenta del hecho de que idénticas políticas generen resultados dispares dependiendo de la región en la que se aplican.

Una forma empleada habitualmente para reforzar la percepción positiva del público en los trasplantes ha consistido en limitar la publicidad negativa, y manejar las situaciones de crisis antes de que se conviertan en escándalos (Matesanz, Duque et al. 2008). En un congreso de la *European Society for Organ Transplantation* recientemente celebrado en París, el doctor Sam Shemie recordó las variaciones actualmente existentes en los criterios de determinación de la muerte previa a la donación de órganos. En respuesta a su intervención, el doctor Rafael Matesanz señaló el peligro de hacer ese tipo de afirmaciones en público. Tales discusiones –afirmó- solo deberían tener lugar entre profesionales, pues existe un riesgo de que la sociedad crea que no se muere del mismo modo en todas las partes del mundo<sup>25</sup>. Sin embargo, que las personas no mueren del mismo modo es un hecho, y se debe a que no existe un criterio universalmente aceptado y aplicado para determinar la muerte de los donantes: las leyes sobre la declaración de la muerte varían internacionalmente e incluso dentro de un mismo país

---

<sup>25</sup> Sam Shemie, “International Guidelines on Determination of Death (neurological and circulatory)”. Comunicación personal. 6th International Conference on Organ Donation after Circulatory Death Practices, Expert Recommendations and Future of DCD Donation and Transplantation in Europe Paris, 7-9 February 2013

(Wijdicks 2002; Shemie, Baker et al. 2006). Shewmon y colaboradores han alertado de que haya habido peticiones públicas explícitas de censurar editorialmente aquellos artículos que plantean dudas con respecto a la validez de los criterios actualmente admitidos para la determinación de la muerte en el contexto de la donación de órganos (Shewmon et al., 2011).

Desde el punto de vista de una democracia deliberativa esta estrategia resulta en sí misma dudosa. Resulta menos claro que sea, además, estratégicamente equivocada. Aunque la falta de información socialmente disponible sobre los aspectos más discutibles de la donación pueda contribuir a fortalecer la imagen de los trasplantes, no está claro que la falta de transparencia y publicidad sea beneficiosa o perjudicial a largo plazo. En las sociedades actuales, donde casi cualquier persona puede acceder a la información y transmitirla gracias a las tecnologías de la información y la comunicación, puede que la estrategia de sigilo acaben resultando contraproducentes. Sin embargo, ¿deben preocupar este tipo de consideraciones a la bioética?

La bioética, como disciplina académica, se ocupa de reflexionar sobre las condiciones de salud de las personas y también de mejorarlas. Tiene, en este sentido, dos dimensiones. Su dimensión académica es teórica, y exige de los bioéticos que se guíen por un interés genuino en desvelar la verdad. Exige de ellos que sigan la evidencia científica allí donde ésta les lleve (D.W Brock, 1999). Algunas de las conclusiones que se alcanzan en bioética, en caso de aplicarse, podrían tener consecuencias peligrosas e incluso escandalosas. Esto no debería preocupar al bioético académico, pero sí al bioético político<sup>26</sup>. James Dubois ha afirmado en este sentido que analizar de forma crítica los criterios de la muerte puede causar dudas y provocar una disminución de las cifras de donación, provocando consecuentemente un aumento del número de muerte de pacientes en las listas de espera. Explicar los aspectos más controvertidos de la donación y de la muerte puede también causar ansiedad y un sentimiento de culpa a las familias de los donantes, a los propios profesionales involucrados en el proceso, y provocar desconfianza en los trasplantes y en los sistemas sanitarios en su conjunto (Dubois, 2010).

¿Hasta qué punto deben los bioéticos en general, y los filósofos dedicados a la bioética en particular, aspirar a que los argumentos lógicos y coherentes que leen y articulan se vean plasmados en políticas públicas? Confieso que esta es una pregunta que me hago con frecuencia, y para la que sigo sin tener una respuesta. Cuando los bioéticos se dedican a analizar las políticas de trasplante, a menudo se ven enfrentados a un dilema que Dan Brock ha denominado “la elección entre la verdad y las consecuencias”:

“Scholars are taught to follow arguments and evidence where they lead without regard for the social consequences of doing so. Whether the results are unpopular or in conflict with conventional or authoritative views, determining the truth to the best of one’s abilities is the goal. In philosophy, especially, nothing is to be immune from question and criticism; all

---

<sup>26</sup> en su aportación a este volumen, Stuart Youngner reflexiona sobre los distintos roles que adopta el profesional involucrado en la bioética y los conflictos que se puede dar entre uno y otro. *Bioética. erudición, defensa y política: ¿Hay alguna diferencia?* Puede consultarse parte de su ponencia en <http://www.youtube.com/watch?v=QIYH5EfOgvY> (15/05/2013)

assumptions are open to and must withstand critical scrutiny. [...] On the other hand, the first concern of those responsible for public policy is, and ought to be, the consequences of their actions for public policy and the persons that those policies affect. When philosophers become [...] participants in the policy-making process, their scholarly virtue of the unconstrained search for the truth comes under a variety of related pressures. What arises is an intellectual variant of the political problem of “dirty hands” that those who hold political power often face. When philosophers move into the policy domain, they must shift their primary commitment from knowledge and truth to the policy consequences of what they do. [...] Philosophers should not abandon the attempt to participate in policy making, but they should be aware that their usual role might be shifting for new sets of pressures”(D. W. Brock, 1987).

Estas son algunas alternativas que pueden proponerse para afrontar ese dilema:

Una primera opción consistiría en rechazar aquellos argumentos que conducen a aceptar políticas públicas que parecen claramente inaceptables, o modificarlos para que acaben dando el resultado esperado. El mayor inconveniente de esta opción es que parece la mejor forma garantiza la deshonestidad intelectual. Otra opción consistiría en mantener la validez de los argumentos pero abandonar la pretensión de aplicarlos en aquellos casos en los que su puesta en práctica podría conducir a una gran conmoción social. En este caso, el bioético renuncia a ser un reformador social y se contenta con permanecer en la “torre de marfil”. Cuando un argumento o idea implica riesgos, una tercera opción consistiría en aplicarla con cautela, tal vez aceptando excepciones para minimizar esos riesgos. Cualquiera de estas alternativas están sujetas a objeciones, fundamentalmente relacionadas con el problema de la coherencia. No discutiré aquí en profundidad las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.

Existe una cuarta posibilidad de resolver de manera procedimental el dilema al que se refiere Dan Brock, y permite no sacrificar los deberes académicos de los bioéticos, ni su legítima aspiración a informar e influir las políticas sanitarias. Cuando los bioéticos hacen afirmaciones sobre las posibles consecuencias –en términos de la percepción del público- de llevar a la práctica determinadas teorías y argumentos morales tienen la responsabilidad académica de basar esas predicciones en datos empíricos. Las predicciones son apuestas por lo que va a ocurrir, pero pueden estar más o menos informadas. La referencia a los datos empíricos evita la mera especulación. Una parte importante de las afirmaciones que se realizan sobre las posibles consecuencias de implementar una nueva política de trasplantes son estrictamente empíricas, en el sentido de que son demostrables (o falsables), y porque existen medios para investigarlas. La bioética empírica –las metodologías procedentes de las ciencias sociales en particular- ofrecen instrumentos apropiados para avanzar en estos debates. La consulta pública me parece un paso ineludible cada vez que se hacen afirmaciones sobre lo que puede perjudicar o beneficiar a la sociedad en su conjunto.

Se entiende por deliberación pública un proceso a través del cual no sólo se obtiene información del público, sino que se le involucra en una discusión estructurada que precede a la toma de decisiones en políticas públicas y legislativas. La deliberación pública es una forma de reconocer que a los problemas y retos sociales se les puede dar soluciones colectivas (Blacksher et al., 2012). Un buen proceso deliberativo aporta legitimidad a las políticas públicas, favorece la rendición de cuentas, y apuntala la confianza del público en las instituciones. En el ámbito de los trasplantes, en el que, como se ha visto, muchas decisiones están cargadas de

valores, el proceso deliberativo puede ser la forma más apropiada y eficaz de justificar la introducción de estrategias para combatir la escasez de órganos que son moralmente problemáticas. La aceptabilidad de las políticas de trasplante y su éxito a largo plazo no solo descansan en su eficacia, sino también en la calidad y en la legitimidad del proceso que conduce a su implementación. Encontrar soluciones sostenibles al problema de la escasez de órganos no solo requiere la promoción de procedimientos técnicamente eficaces desde el punto de vista de la calidad y cantidad de órganos disponibles, sino que requiere, además, la promoción de políticas que puedan superar el test del escrutinio público.

### *Bibliografía*

- Antommaria, A. H. (2010). "Dying but not killing: donation after cardiac death donors and the recovery of vital organs." *J Clin Ethics* 21(3): 229-231.
- Arnold, R. M. and S. J. Youngner (1993). "The dead donor rule: should we stretch it, bend it, or abandon it?" *Kennedy Inst Ethics J* 3(2): 263-278.
- Bernat, J. L. (2010). "How the distinction between "irreversible" and "permanent" illuminates circulatory-respiratory death determination." *J Med Philos* 35(3): 242-255.
- Bernat, J. L. (2013). "Determining Death in Uncontrolled DCDD Organ Donors." *Hastings Cent Rep* 43(1): 30-33.
- Bernat, J. L., A. M. Capron, et al. (2010). "The circulatory-respiratory determination of death in organ donation." *Crit Care Med* 38(3): 963-970.
- Bernat, J. L., C. M. Culver, et al. (1981). "On the definition and criterion of death." *Ann Intern Med* 94(3): 389-394.
- Caplan, A. (2011). "The use of prisoners as sources of organs--an ethically dubious practice." *Am J Bioeth* 11(10): 1-5.
- Childress, J. F. (1993). "Non-heart-beating donors of organs: are the distinctions between direct and indirect effects & between killing and letting die relevant and helpful?" *Kennedy Inst Ethics J* 3(2): 203-216.
- Corral, E., J. Maynar, et al. (2011). "[Non-beating heart donors--Maastricht type III: a real option]." *Med Intensiva* 35(1): 59-60.
- Csillag, C. (1998). "Brazil abolishes "presumed consent" in organ donation." *Lancet* 352(9137): 1367.
- De Lora, P. and A. P. Blanco (2013). "Dignifying death and the morality of elective ventilation." *J Med Ethics* 39(3): 145-148.
- Dworkin, R. (1998). *El dominio de la vida*. Barcelona, Ariel.
- Escudero, D., L. Cofino, et al. (2013). "Cranioplasty with bandaging. new forms of limitation of life support and organ donation." *Med Intensiva* 37(3): 180-184.
- Esteban, A., F. Gordo, et al. (2001). "Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study." *Intensive Care Med* 27(11): 1744-1749.
- Glannon, W. (2013). "The moral insignificance of death in organ donation." *Camb Q Healthc Ethics* 22(2): 192-202.
- Goold, S. D., M. A. Neblo, et al. (2012). "What is good public deliberation?" *Hastings Cent Rep* 42(2): 24-26.
- Guibet Lafaye, C. and H. Kreis (2013). "From Altruistic Donation to Conditional Societal Organ Appropriation After Death." *Ethical Theory and Moral Practice* 16(2): 355-368.

- Kompanje, E. J., J. Bakker, et al. (2006). "Organ donations and unused potential donations in traumatic brain injury, subarachnoid haemorrhage and intracerebral haemorrhage." *Intensive Care Med* 32(2): 217-222.
- Kuhse, H. (1984). "A modern myth--that letting die is not the intentional causation of death: some reflections on the trial and acquittal of Dr. Leonard Arthur." *J Appl Philos* 1(1): 21-38.
- Lara, M. (2000). Donor Action en la Comunidad de Castilla y León. Burgos, Uninet, 1st International Congress of Nephrology in Internet.
- Larijani, B., F. Zahedi, et al. (2004). "Ethical and legal aspects of organ transplantation in Iran." *Transplant Proc* 36(5): 1241-1244.
- Lynn, J. and R. Cranford (1999). *The persisting perplexities in the determination of death. The definition of death: contemporary controversies.* S. J. Youngner, R. M. Arnold and R. Schapiro. Baltimore, The Johns Hopkins University Press: 101-114.
- Marquis, D. (2010). "Are DCD donors dead?" *Hastings Center Report*(may-june): 24-30.
- Matesanz, R. (1996). "Documento de consenso español sobre extracción de órganos de donantes en asistolia." *Nefrología XVI*(supl. 2).
- Matesanz, R. (2001). "[Transplants, money, and other miserable things]." *Nefrología* 21(5): 435-436.
- Matesanz, R. (2003). "Factors influencing the adaptation of the Spanish Model of organ donation." *Transpl Int* 16(10): 736-741.
- Matesanz, R. (2006). *El milagro de los trasplantes.* Madrid, La esfera de los libros.
- Matesanz, R., M. Duque, et al. (2008). *Prensa, donación y trasplantes. Manejo de las situaciones de crisis. El modelo español de coordinación y trasplantes.* R. Matesanz. Madrid, Aula Médica: 215-238.
- Menikoff, J. (1998). "Doubts about death: the silence of the Institute of Medicine." *J Law Med Ethics* 26(2): 157-165.
- Miller, F. G. and R. D. Truog (2011). *Death, Dying, and Organ Transplantation: Reconstructing Medical Ethics at the End of Life,* Oxford University Press.
- Miller, F. G., R. D. Truog, et al. (2010). "Moral fictions and medical ethics." *Bioethics* 24(9): 453-460.
- Morrissey, P. E. (2012). "The case for kidney donation before end-of-life care." *Am J Bioeth* 12(6): 1-8.
- Motta, E. D. (2005). "The ethics of heparin administration to the potential non-heart-beating organ donor." *J Prof Nurs* 21(2): 97-102.
- Munjal, K. G., S. P. Wall, et al. (2013). "A rationale in support of uncontrolled donation after circulatory determination of death." *Hastings Cent Rep* 43(1): 19-26.
- Ortega-Deballon, I., D. R. Vailhen, et al. (2013). "Uncontrolled donation after circulatory determination of death protocols: ethical challenges and suggestions for improvement." *Ann Emerg Med* 61(2): 255-256.
- Rachels, J. (1987). *Further reflections on killing and letting die. The end of life.* Oxford, Oxford University Press: 129-150.
- Riad, H., A. Nicholls, et al. (1995). "Elective ventilation of potential organ donors." *BMJ* 310(6981): 714-715.
- Rivera, E. (2001). *Ética y trasplante de órganos.* México, Fondo de Cultura Económica.
- Robertson, J. A. (1999). "The dead donor rule." *Hastings Cent Rep* 29(6): 6-14.
- Rodríguez-Arias, D. (2013). *The social acceptability of implementing morally challenging strategies to increase donor rates. Public engagement in organ donation and transplantation.* G. Randhawa and S. Schicktanz. Lengerich, Pabst.

- Rodríguez-Arias, D. and A. Casado da Rocha (2009). Controversias actuales sobre el consentimiento presunto para la donación de órganos. *Ensayos sobre Bioética*. M. T. López de la Vieja. Salamanca, Aquilafuente: 188-208.
- Rodríguez-Arias, D. and I. Ortega (2012) "El debate bioético sobre la donación de órganos tras parada circulatoria: las raíces de los desacuerdos." *Bioética Complutense* 12, 8-23.
- Rodríguez-Arias, D., I. Ortega-Deballon, et al. (2013). "Casting light and doubt on uncontrolled DCDD protocols." *Hastings Cent Rep* 43(1): 27-30.
- Rodríguez-Arias, D., L. Wright, et al. (2010). "Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation." *Lancet* 376(9746): 1109-1112.
- Rodríguez-Arias, D., M. J. Smith, et al. (2011). "Donation after circulatory death: burying the dead donor rule." *Am J Bioeth* 11(8): 36-43.
- Shemie, S. D., A. J. Baker, et al. (2006). "National recommendations for donation after cardiocirculatory death in Canada: Donation after cardiocirculatory death in Canada." *CMAJ* 175(8): S1.
- Shewmon, D. A. (1998). "Chronic "brain death": meta-analysis and conceptual consequences." *Neurology* 51(6): 1538-1545.
- Shewmon, D. A. (2004). "The dead donor rule: lessons from linguistics?" *Kennedy Inst Ethics J* 14(3): 277-300.
- Shewmon, D. A. (2009). "Brain death: can it be resuscitated?" *Hastings Cent Rep* 39(2): 18-24.
- Shewmon, D. A. (2010). "Constructing the death elephant: a synthetic paradigm shift for the definition, criteria, and tests for death." *J Med Philos* 35(3): 256-298.
- Solomon, S. and J. Abelson (2012). "Why and when should we use public deliberation?" *Hastings Cent Rep* 42(2): 17-20.
- Spital, A. (2005). "Conscription of cadaveric organs for transplantation: a stimulating idea whose time has not yet come." *Camb Q Healthc Ethics* 14(1): 107-112.
- Verheijde, J. L. and M. Y. Rady (2011). "Justifying physician-assisted death in organ donation." *Am J Bioeth* 11(8): 52-54.
- Wijdicks, E. F. (2002). "Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria." *Neurology* 58(1): 20-25.
- Youngner, S. J. (2013). *Bioética. erudición, defensa y política: ¿Hay alguna diferencia?* . M. T López de la Vieja. Madrid, Plaza y Valdés.
- Ysebaert, D., G. Van Beeumen, et al. (2009). "Organ procurement after euthanasia: belgian experience." *Transplant Proc* 41(2): 585-586.