

entre definiciones naturalistas y normativistas resulta poco operativa, al no permitir categorizar aquellas definiciones para las que lo patológico puede depender *simultáneamente* de consideraciones fácticas y valorativas (Schwartz, 2007). Entre quienes han teorizado sobre la muerte, algunos como Youngner y Arnold han planteado precisamente que se trata de un fenómeno con un pie en la naturaleza y otro en la cultura (Youngner and Arnold, 2001). ¿Cuál es exactamente la relación entre *hechos* y *valores*, cuál la implicación de la naturaleza y de la cultura en la determinación de la muerte humana? ¿Hasta qué punto la muerte se *descubre*, y hasta qué punto se *decide* cuándo alguien ha muerto?

Comúnmente se asume que hechos y valores son dos cosas dicotómicas: los hechos son objetivos, los valores subjetivos; los hechos *se constantan*, sobre los valores *se opina*. Hilary Putnam¹⁵ ha argumentado en contra de la creencia de que existe una dicotomía absoluta entre hechos y valores. También niega la conclusión que toda la tradición empirista, desde Hume hasta Carnap, deduce de ella, a saber, que los enunciados morales no son verdaderos ni falsos¹⁶.

Al principio he sugerido que el éxito del informe del *Comité Ad Hoc para la Muerte cerebral de Harvard* consistió en haber encubierto estratégicamente una serie de preguntas genuinamente morales (si es o no éticamente aceptable dejar morir a personas en *coma dépassé* al interrumpir el respirador automático y si es éticamente aceptable causar su muerte durante la extracción de sus órganos para trasplante), presentándolas como —y reduciéndolas a— una cuestión de hecho (“el *coma dépassé* es la muerte”). Al señalar esto no pretendo insinuar que hechos y valores sean absolutamente independientes. Muy a menudo, los asuntos normativos dependen de circunstancias fácticas. Por ejemplo, el hecho de que durante los 10 primeros días después de la concepción el embrión humano pueda convertirse en dos gemelos (y que por lo tanto todavía no se puede decir que sea *un* individuo) es relevante en una discusión sobre si es o no éticamente correcto emplear ciertos métodos anticonceptivos, como la píldora postcoital¹⁷. En otro sentido, si rechazo moralmente el racismo es (al menos en parte) porque sé que no existe ninguna superioridad racial entre las personas pertenecientes a distintos grupos étnicos. De manera que los juicios morales no están completamente desvinculados de enunciados descriptivos, y estos pueden condicionar a aquellos. Si no son independientes, ¿puede decirse que los juicios morales son más objetivos de lo que habitualmente

suele entenderse? H. Putnam defiende una forma de cognitivismo moral, puesto que cree que los enunciados morales pueden ser verdaderos o falsos¹⁸. La noción putnamiana de *conceptos éticos densos* resulta útil para comprender hasta qué punto el lenguaje puede ser simultáneamente descriptivo y normativo. Expresiones como “cruel”, “impertinente”, “sensible”, “insensible”, “humillante”, “grosero”, “celoso”, “amable”, “obstinado” o “molesto” son instancias de *conceptos éticos densos*. Todas ellas tienen esa doble lectura: Si mi pareja me califica como alguien “celoso”, puede ser que esté juzgando mi comportamiento, y también puede ser que lo esté describiendo.

A pesar de que no exista ningún hecho empíricamente constatable que señale el momento de la muerte humana, tampoco parece que su determinación sea un juicio de valor puro. Si en el diagnóstico de la muerte incurren simultáneamente constataciones y valoraciones, tal vez tenga sentido decir que “muerto” es otro ejemplo —insólito quizá— de concepto ético denso.

EL ABANDONO DE LA DEFINICIÓN

La mayoría de quienes se han preocupado por el fundamento de la muerte cerebral han creído que en la secuencia *definición-criterios-tests* estaba la clave para resolver los problemas de justificación de la muerte cerebral. Al hacerlo, han aceptado por completo el modelo clásico y esencialista del lenguaje que opera a través de definiciones en términos de condiciones necesarias y suficientes¹⁹.

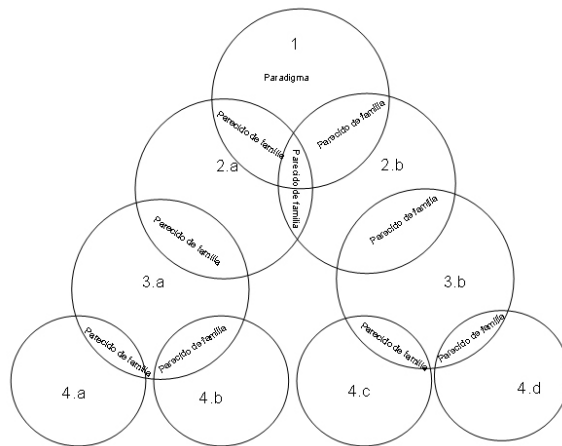
Una minoría de autores entiende, sin embargo, que los problemas de coherencia entre la definición, los criterios y las pruebas no pueden resolverse cambiando de definición ni afinando los criterios y los tests requeridos para que aquella se cumpla (Stoecker, 2012). Creen más bien que esas dificultades tienen precisamente su origen en la pretensión de resolver el problema de la justificación a través de una definición²⁰. Por ello, consideran oportuno abandonar por completo el modelo que Chiong ha dado en llamar la *letanía definición-criterios-tests* (Chiong, 2005). Estos autores adoptan una concepción wittgensteiniana del lenguaje, alternativa a la clásica, de acuerdo con la cual el significado de un concepto no capta unos rasgos comunes a todos los objetos que constituyen la referencia de ese concepto. Wittgenstein señala que la mayoría de los conceptos al uso, como el de “silla”, permiten a las personas entenderse a pesar de carecer de una definición clara y compartida de lo que es una silla (Wittgenstein, 2004).



Wittgenstein consiste en señalar como, para ser operativo, al lenguaje le basta con relacionar objetos a través de simples “parecidos de familia”. Los parecidos de familia no son rasgos que *todos* y *cada uno* de los miembros de una familia de objetos compartan. Piénsese en el concepto de “silla”: hay sillas con cuatro patas, pero también con tres, con una pata, e incluso sin patas. Los parecidos de familia no son por lo tanto rasgos “esenciales” (necesarios), sino características *contingentes*. Por supuesto, en toda familia de objetos hay individuos que presentan todos o la mayoría de los atributos característicos de esa familia: son los casos centrales o paradigmáticos. Pero también hay individuos que solo comparten algunos parecidos de familia y que son, por lo tanto, casos periféricos. Cuando son muy pocos los rasgos que comparte un individuo con el caso paradigmático,

podemos estar ante un caso fronterizo. La muerte cerebral y el estado vegetativo permanente pueden verse como casos fronterizos entre la vida y la muerte.

La concepción wittgensteiniana del lenguaje puede explicarse a través de la metáfora del racimo (*cluster*). Los individuos de una misma familia o racimo de individuos comparten algunas propiedades. Sin embargo, no hay ninguna propiedad que todos los miembros del racimo compartan. El hecho de tener alguna propiedad o parecido de familia simplemente hace que un individuo del racimo tenga más probabilidades de compartir otras propiedades con otros individuos del mismo racimo o familia. Esta es la razón de que los miembros de una misma familia se ejemplifican recíprocamente, pero de un modo que no es necesario (tampoco arbitrario), sino contingente. El modelo podría representarse gráficamente del siguiente modo:



Piénsese en la familia *García Sánchez*. Julio y María han tenido dos hijos: Roberto y Alberto. A su vez, Alberto ha tenido otros dos hijos, Lucía y Jorge, (nietos

de Julio y María). Obsérvense los rasgos fisonómicos de cada uno de sus miembros:

	ojos claros	tez clara	pelo rizado	frente despejada	nariz chata	boca grande	orejas de soplillo
Julio García	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
María Sánchez		✓	✓	✓	✓	✓	
Roberto	✓		✓		✓		✓
Alberto (padre de L y J)	✓	✓		✓	✓		✓
Lucía		✓	✓		✓	✓	
Jorge	✓			✓			✓



ísticas fisonómicas son predominantes en el grupo. Sin embargo, no hay ni una sola característica que *todos* compartan. Los hermanos Jorge y Lucía no comparten ni un solo rasgo. ¿Acaso impide eso categorizarlos como hermanos? En absoluto: bastará conocer a su padre para reconocer su parentesco. Jorge no tiene la nariz chata —rasgo que presentan los demás miembros de su familia—. ¿Acaso suscita eso la sospecha de que Alberto no sea su padre biológico? En absoluto. Antes bien, los amigos de la familia le repetirán “¡cómo has salido a tu padre!” o “tienes los mismos ojos que tu abuelo paterno”. Algo similar le sucede a otras familias de objetos, como las que reúnen conceptos como “droga”²¹ o “secta”²²: aparte de los casos centrales o paradigmáticos que claramente ejemplifican la idea al poseer todas o la mayoría de las características típicas de esa familia de objetos, hay casos limítrofes que no comparten con el paradigma ni una sola característica pero sí con algunos parientes del paradigma, lo que los hacen merecedores de la misma denominación.

El concepto de “muerte” podría pensarse de este modo: no existe ninguna condición (ni el funcionamiento integrado del organismo como conjunto, ni la cognición, ni la identidad personal...) cuya pérdida

implique necesaria y suficientemente la muerte. Tan solo hay condiciones cuya presencia en un individuo le hace más susceptible de pertenecer a la familia de los muertos. El caso paradigmático presentaría todas ellas: pérdida de la conciencia, pérdida de la respiración espontánea, pérdida del latido espontáneo, pérdida del funcionamiento integrado, pérdida de la capacidad de reproducción, pérdida de la temperatura corporal, pérdida de la capacidad para resistir a la entropía... Un cadáver en descomposición sería el paradigma de la muerte, mientras que un niño jugando durante la hora del recreo podría ser un paradigma de vida. Entre ambos casos, hay individuos que participan en diferentes grados de la idea de muerte: un individuo en muerte cerebral, un paciente en parada cardíaca, un paciente con una insuficiencia respiratoria crónica, un individuo en estado vegetativo permanente, un individuo con síndrome de *locked-in*²³, un varón estéril... Según Chiong, no es necesario tener todos los rasgos típicos de los cadáveres para ser considerado como muerto. Esto justificaría por qué la muerte cerebral, a pesar de ser un estado compatible con la capacidad de reproducción, con la conservación de algunas funciones integradoras, con el latido espontáneo, etc. se asimila a la muerte.

	Conciencia	Respiración espontánea	Latido espontáneo	Funcionamiento Integrado	Capacidad Reproductiva	Resistencia a la entropía
Cadáver en Descomposición						
Parada cardíaca Irreversible				✓	✓	✓
Muerte Cerebral			✓	✓	✓	✓
Estado Vegetativo Permanente		✓	✓	✓	✓	✓
Insuficiencia respiratoria crónica	✓		✓	✓	✓	✓
Locked-in	✓		✓	✓	✓	✓
Varón estéril	✓	✓	✓	✓		✓



MUERTE CEREBRAL NO ESTÁN DEBE PERMITIRSE LA EXTRACCIÓN DE SUS ÓRGANOS

Me gustaría terminar este artículo exponiendo mi propia propuesta para afrontar los problemas relativos a la definición de la muerte. Consiste en desvincular claramente la cuestión sobre el estatus vital de la muerte cerebral de la cuestión sobre la licitud de la extracción de órganos en ese tipo de pacientes, para discutir abiertamente la regla del donante fallecido. Gomila recuerda que somos los humanos, no la naturaleza, quienes necesitamos saber cuándo un paciente está vivo y cuándo muerto (Gomila, 1999). Una razón por la que las sociedades quieren estar al tanto cuanto antes del momento en el que un paciente deja de estar vivo es que la muerte ha marcado históricamente el comienzo de toda una serie de prácticas sociales, como el duelo, las autopsias, la inhumación o, más recientemente, la extracción de órganos. Prácticas que las intuiciones morales más comunes impedirían realizar si se creyera que el paciente sigue estando vivo. Resulta interesante que, en el caso de la muerte cerebral, no ocurre que el diagnóstico legal de la muerte marque el pistoletazo de salida para que comience la mayoría de esas prácticas. Casi todas se realizan solo después de que se le interrumpe el respirador automático al individuo y su actividad cardíaca cesa. Por ejemplo, nadie entierra a un paciente en muerte cerebral mientras su corazón late y conectado a un respirador... La extracción de órganos constituye en este sentido una excepción: comienza tan pronto como se certifica la muerte y se obtiene la autorización de la familia. La necesidad de extraer los órganos mientras están siendo perfundidos por el corazón hace que no se pueda esperar hasta la parada cardíaca. Esta fue una de las razones que llevaron a la Comisión de Harvard a proponer un criterio de muerte que fuera compatible con la permanencia del ritmo cardíaco. Otra razón fue la necesidad de interrumpir los respiradores automáticos para liberar las camas de esos pacientes y evitar medidas fútiles sin que los médicos pudieran ser acusados de causar la muerte de sus pacientes (Arnold and Youngner, 1993). Afortunadamente, las leyes han evolucionado desde los años 70 hasta permitir que los tratamientos fútiles puedan ser interrumpidos en los pacientes *antes* de que mueran: ya no es necesario que alguien esté muerto para que sea lícito interrumpirle un respirador automático.

Un mismo tipo de razonamiento puede conducir a la siguiente interrogante: ¿acaso es necesario considerar que un paciente en muerte cerebral está muerto para que sea legítimo extraerle sus órganos?

Asimilar legalmente la muerte cerebral a la muerte puede servir para que quienes consideran que *siempre es ilícito causar la muerte* secunden las extracciones de órganos de los pacientes con el cerebro irreversiblemente destruido. Llamar “muerto” a un paciente en muerte cerebral es una forma eficaz de encubrir el propósito utilitarista que impulsa a toda política de trasplantes de órganos. La asimilación de la muerte encefálica a la “muerte” ha conseguido escamotear el debate bioético sobre la regla del donante fallecido. Pero llamar “muerto” a un individuo en muerte cerebral no ha servido ni para proteger a los pacientes, ni para respetar su autonomía personal. Menos aún para fomentar un debate público en el que las diferentes concepciones de la muerte que articula la sociedad puedan ser escuchadas. Quienes han propuesto repensar la regla del donante fallecido han sugerido que lo que justifica la extracción de órganos de pacientes que han perdido la mayoría de sus funciones encefálicas no es la pretensión de que esos pacientes están realmente muertos, sino otra de carácter moral. Sería según ellos aceptable obviar esa regla cuando el donante, al tener severamente afectado su cerebro, ya no pudiera ser dañado, y solo si hubiera dado por anticipado y de manera explícita su consentimiento para la extracción (Miller, Truog and Brock, 2010). En la práctica, la regla del donante fallecido podría admitir excepciones en aquellos casos en los que el paciente se encuentre más allá de todo daño posible.²⁴ La muerte cerebral, el estado vegetativo permanente y la anencefalia son tres diagnósticos en los que existen altas probabilidades de que esta circunstancia se cumpla (Council on Ethical and Judicial Affairs, 1995; Machado, 1999; The Multi-Society Task Force on PVS, 1994a; The Multi-Society Task Force on PVS, 1994b).²⁵ Con la excepción del diagnóstico de anencefalia, en el que no se puede obtener el consentimiento previo del donante —lo cual exigiría obtener una autorización de los responsables legales— en los demás casos la donación sería aceptable si el propio paciente hubiera dado su consentimiento explícito. Las nociones morales de daño y de consentimiento informado forman parte del tipo apropiado de argumento para justificar las políticas de trasplante de órganos al plantear con franqueza el debate en términos morales. Resulta esto más conveniente que hacerlo de acuerdo a una distinción de pretendido carácter natural, aparentemente sólida, pero conceptualmente ruinosa. Por otro lado, se evita de este modo recurrir a criterios arbitrarios, como lo “socialmente aceptado”, para distinguir a los muertos de los vivos.



PREGUNTAS NO RESPONDIDAS

La propuesta que he defendido en este artículo asume el carácter borroso e incierto del estatus vital de los pacientes en muerte cerebral a la vez que reconoce el valor moral y político del pluralismo. Sin embargo, deja abierta la cuestión sobre el alcance y los límites de ese pluralismo. Habilita un espacio para el pluralismo en lo concerniente a la decisión sobre la extracción de órganos, pero niega la oportunidad de que la línea que traza una separación entre la vida y la muerte se decida por consideraciones morales camufladas con un discurso científico. Al mismo tiempo, reconoce que la muerte tiene un carácter gradual, que la muerte encefálica guarda cierto parecido de familia con el paradigma de la muerte y que su diagnóstico depende tanto de juicios descriptivos como de juicios normativos. Esto puede parecer contradictorio. En realidad, mi propuesta deja sin responder la pregunta de cuándo alguien ha muerto y, si bien me he pronunciado en contra de la asimilación de la muerte encefálica a la muerte humana, solo lo he hecho sobre la base de los intentos fracasados de establecer tal ecuación a partir de premisas biológicas. En último término, se sugiere

qué no es la muerte, pero no se señala qué condición sí lo es. La cuestión sobre el diagnóstico queda pospuesta ante una reconocida incapacidad por establecer objetivamente una frontera dicotómica en el continuo de degradación celular y pérdida progresiva de funciones en que consiste el morir.

Mi propuesta sí ofrece, en cambio, una justificación moral de la extracción de órganos, basada en las nociones de daño y de consentimiento. Diferenciar lo permitido de lo prohibido sobre la base de un criterio moral, evidentemente, plantea riesgos y retos. Una posible objeción a este planteamiento es que todo fundamento moral resulta tan endeble como uno de tipo pseudocientífico. Sin embargo, la fragilidad de este tipo de propuestas es al menos lo suficientemente explícita como para evitar que el debate se cierre antes de que haya tenido lugar.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo ha sido escrito con apoyo del proyecto KONTUZ! (Plan Nacional de I+D+i, Subprograma de Proyectos de Investigación Fundamental no Orientada - FFI2011-24414).

NOTAS

- 1 Desde la teoría de la termodinámica, Van Hooft estima que "un organismo vivo es un sistema negentrópico que realiza intercambios metabólicos y de información con su ambiente" (Van-Hooft, 2004, 148).
- 2 REAL DECRETO 2070/1999, de 30 de diciembre, Artículo 10. Extracción de órganos de fallecidos: condiciones y requisitos.
- 3 Ibid.
- 4 Se trata de una decisión sobre aquello que es esencial para la vida, cuya pérdida constituye por tanto la muerte de la persona. Tal decisión justifica por qué alguien es considerado muerto a pesar de que persistan en su organismo otras actividades (Gervais, 1986, 2-5).
- 5 *Pollice verso* es el gesto con el puño cerrado y el pulgar hacia abajo con el que el público del circo romano expresaba su deseo de que se diera muerte a un gladiador.
- 6 La isquemia es la degradación celular resultante a la falta de oxígeno en órganos y tejidos.
- 7 Según Bernat y sus colaboradores, las implicaciones de ese concepto supuestamente común de la muerte (*supuestamente*, porque ellos no disponían en ese momento de ningún estudio empírico que hubiera avalado ese concepto de la muerte, que ellos atribuían al concepto comúnmente aceptado) son las siguientes:
 - Que solo los organismos vivos pueden morir;
 - Que los vivos pueden distinguirse con fiabilidad de los muertos;
 - Que el momento en que un organismo deja de estar vivo y empieza a estar muerto puede ser identificado;
 - Que durante algún tiempo después de la muerte, el cuerpo permanece intacto, e incluso algunas partes del organismo continúan funcionando;
 - Que la concepción común de la muerte tiene un carácter sistémico, es decir, que en su definición de la muerte, las personas se refieren generalmente a la muerte de un organismo *como un todo*, o en tanto que conjunto, y no a la muerte de *todo* el organismo, es decir, a la muerte de todos sus tejidos y órganos (*death of the organism as a whole vs death of the whole organism*), o —señalan los autores— a la interacción de los subsistemas". (Bernat et al., 1981, 390).
- 8 Widjicks ha mostrado una asombrosa variabilidad entre las legislaciones de diferentes países con respecto a las pruebas requeridas para determinar la muerte cerebral (Wijdicks, 2002).
- 9 Un debate pormenorizado de todas las propuestas relativas a la muerte cerebral puede encontrarse en (Youngner, Arnold and Schapiro, 1999).
- 10 Se ha demostrado empíricamente que ciertas funciones integradoras no radican en el cerebro. Por ejemplo la función cardíaca, que depende del sistema nervioso autónomo (Halevy and Brody, 1993).
- 11 No es necesario que se haya destruido toda actividad en el cerebro para que alguien esté en muerte cerebral. Lo importante, se dice, es que esa actividad no esté organizada (Bernat, 1992). Sin embargo, se ha demostrado que el cerebro de una persona correctamente diagnosti-



- ral conserva ciertas s. Más importante aún es que algunas de esas funciones tienen precisamente un papel integrador en el resto del organismo (Halevy and Brody, 1993). Por otro lado, el neurólogo y bioético Alan Shewmon ha identificado que varias funciones integradoras no radican en el cerebro ni están mediadas por él. Este autor menciona una serie de ejemplos de funciones que son predicables del conjunto del organismo, y que, de hecho, son condiciones y consecuencias de su funcionamiento integrado, pero que están presentes en pacientes diagnosticados en muerte cerebral: homeostasis, eliminación, desintoxicación y reciclaje del desgaste celular, equilibrio de la energía (interacción entre el hígado, el sistema endocrino, los músculos y la grasa), cicatrización de las heridas, lucha contra las infecciones (interacción entre el sistema linfático, inmunológico, la médula ósea y el sistema vascular), desarrollo de respuesta febril ante las infecciones, gestación exitosa de un feto en una mujer, maduración sexual en el caso de los niños, crecimiento, respuesta hormonal y cardiovascular en el momento de la incisión sin anestesia durante la extracción de órganos (Shewmon, 2001).
- 12 Shewmon ha tratado al menos 37 niños en muerte cerebral cuyos padres rechazaban el criterio de muerte cerebral y decidieron mantenerlos conectados a un respirador. Más de la mitad de esos pacientes “sobrevivieron” más de un mes y un tercio más de dos. Siete “sobrevivieron” más de seis meses y cuatro más de un año. El que más tiempo “sobrevivió” lo hizo durante más de 15 años. Por lo tanto, la idea sobre el pronóstico catastrófico a corto plazo en que se basa la concepción naturalista, es una idea errónea (Shewmon, 1998).
- 13 En Japón, los pacientes en muerte cerebral son por defecto consideradas como vivas, a no ser que el propio paciente hubiera decidido ser considerado como muerto y sus familiares estén de acuerdo (Bagheri, 2007; Lock, 1999).
- 14 A los individuos competentes se les reconoce un derecho a elegir el trato que la medicina les debe ofrecer una vez que hayan perdido su capacidad para tomar decisiones. La ley básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente da cuenta de ello a través de las instrucciones previas. También se reconoce el derecho a aceptar la donación de órganos.
- 15 Este tema lo ha abordado sobre todo en (Putnam, 2004). Putnam atribuye el origen de la dicotomía a la crítica que Hume hace de la inferencia que lleva del es al *debe*; y a positivistas lógicos como Carnap (Capítulo I).
- 16 Putnam sitúa el origen de esta creencia en la concepción de la verdad como representación o copia (lo que Rorty dio en llamar el Espejo de la Naturaleza). El argumento sería el siguiente: si lo verdadero solo puede ser copia o representación, y los valores no representan nada, los valores no pueden ser objetivos y no se puede decir de los enunciados morales que sean verdaderos ni falsos (Putnam, 1981).
- 17 Estos ejemplos pueden encontrarse en (Baggini and Fosl, 2007, 119 y ss).
- 18 Para dismantelar la dicotomía hechos-valores, Putnam se ocupa más de demostrar que los enunciados científicos incorporan valores —en particular valores epistémicos— que de demostrar que los enunciados morales son objetivos.
- 19 Lo que justificaría el criterio cardiorrespiratorio y el criterio de muerte encefálica (*whole brain death*), es que solo en esos casos se da una pérdida irreversible del funcionamiento integrado del organismo como conjunto; lo que justificaría el criterio de muerte cortical (*higher brain*) es que las funciones corticales son necesarias y suficientes para conservar lo esencial de la vida humana (o para conservar lo que es moralmente esencial para la vida humana), a saber, la conciencia y la cognición.
- 20 J. Botkin y S. Post citan a Ladd como el primero en haber intentado entender la muerte cerebral sin hacerlo a partir de una definición que reuniera las condiciones necesarias y suficientes (Botkin and Post, 1992). Más recientemente, W. Chiong, ha reabierto esta vía como posible explicación de la muerte cerebral (Chiong, 2005).
- 21 El concepto de “droga” aglutina un conjunto tan heterogéneo de sustancias que es difícil encontrar un solo rasgo que todas tengan en común: algunas son legales y otras no lo son, algunas producen un efecto relajante y otras un efecto excitante, algunas agudizan la percepción y otras la distorsionan, algunas pueden matar y otras no, algunas crean adicción y otras no...
- 22 El gobierno francés se ha enfrentado a problemas similares de definición cuando ha querido prohibir las “sectas”. En el informe de expertos que pidió el gobierno francés, se mostró que las organizaciones religiosas sospechosas de merecer el calificativo de secta eran de naturaleza, métodos, objetivos y dimensiones muy variables. Por otro lado, se comprobó que muchas organizaciones religiosas de reconocido prestigio compartían algunos rasgos supuestamente característicos de las agrupaciones sectarias. La dificultad con la que se enfrentó el gobierno francés fue ofrecer una definición de secta que incluyera a todas las organizaciones perniciosas y solo a ellas. El informe presentado al Presidente de la República sobre la *Misión interministerial de vigilancia y lucha contra las derivas sectarias* puede consultarse en <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000269/index.shtml> (19/07/2013).
- 23 Este estado se caracteriza por un daño del tronco cerebral que impide la comunicación y el movimiento de todo el cuerpo, pero que es compatible con la permanencia de la conciencia. En español, se traduce como “síndrome de encarcelamiento” (Allen, 1993).
- 24 Entiendo por daño toda carencia severa que implique un debilitamiento necesario del bienestar y de la satisfacción de una necesidad básica para un individuo determinado: alimento, agua, cobijo, y una protección básica de salud. Alguien se encontraría más allá de todo daño posible cuando hubiese perdido de forma definitiva la capacidad de experimentar en primera persona carencias de ese tipo. También cuando, a pesar de conservar la capacidad para experimentar un daño, hubiese consentido libremente a que se le anestesiará para no percibirlo.
- 25 A pesar de las reiteradas propuestas que ha habido para integrar tanto a pacientes en estado vegetativo como a bebés anencefálicos en la categoría de donantes potenciales (Hoffenberg et al., 1997; Truog and Fletcher, 1990), siguen persistiendo dudas al respecto, motivadas en gran medida por la sospecha de que el aumento de órganos disponibles gracias a esos pacientes no sería lo suficientemente importante como para justificar el posible riesgo que un necesario cambio en la definición y los criterios para determinar la muerte podría acarrear para la sociedad (Shewmon, Capron, Peacock and Schulman, 1989). Verheijde y otros se refieren a diferentes estudios que sugieren la ausencia de certeza sobre la supuesta pérdida total y definitiva de conciencia en los individuos en muerte encefálica, lo que implicaría que incluso esos individuos podrían requerir anestesia en el momento de la extracción (Verheijde and Rady, 2011).



- Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death (1968). "A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death". *Jama*, 205 (6), pp. 337-340.
- Allen, C. M. (1993). "Conscious but paralyzed: releasing the locked-in". *Lancet*, 342 (8864), pp. 130-131.
- Arnold, R. M. and Youngner, S. J. (1993). "The dead donor rule: should we stretch it, bend it, or abandon it?". *Kennedy Inst Ethics J*, 3 (2), pp. 263-278.
- Baggini, J. and Fosl, P. S. (2007). *The ethics toolkit*. Cambridge: Blackwell.
- Bagheri, A. (2007). "Individual choice in the definition of death". *J Med Ethics*, 33 (3), pp.146-149.
- Bernat J. L. (2010). "Brain death is a scientific concept". *Lancet*; 375 (9714), 554; author reply.
- Bernat J. L. (2013). "Determining Death in Uncontrolled DCDD Organ Donors". *The Hastings Center report*; 43 (1), 30-3. Epub 2013/01/15.
- Bernat J. L. (1992). "How much of the brain must die in brain death?". *The Journal of clinical ethics*; 3 (1), 21-6; discussion 7-8.
- Bernat, J. L. (1999). "Refinements in the definition and criterion of death". En S. J. Youngner, R. Arnold and R. Schapiro, *The definition of death: contemporary controversies*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, pp. 83-92.
- Bernat, J. L.; Culver, C. M. et al. (1981). "On the definition and criterion of death". *Ann Intern Med*, 94 (3), pp. 389-394.
- Botkin, J. R. and Post, S. G. (1992). "Confusion in the determination of death: distinguishing philosophy from physiology". *Perspect Biol Med*, 36 (1), pp. 129-138.
- Capron, A. M. (1999). "The bifurcated legal standard for determining death: does it work?". En S. J. Youngner, R. Arnold and R. Schapiro, *The definition of death: contemporary controversies*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, pp. 117-136.
- Council on Ethical and Judicial Affairs AMA (1995). "The use of anencephalic neonates as organ donors". *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 273 (20), 1614-8.
- Chiong, W. (2005). "Brain death without definitions". *Hastings Cent Rep*, 35 (6), pp. 20-30.
- Escalante, J. (1996). "La definición de la muerte". En J. Gafo (ed.), *Trasplante de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, pp. 53-74.
- Gervais, K. (1986). *Redefining Death*. New Haven: Yale University Press.
- Gomila, A. (1999). *Cómo se viene la muerte*. Universidad de la Laguna, Volumen extraordinario, pp. 337-347.
- Green, M. B. and Wikler, D. (1980). "Brain death and personal identity". *Philos Public Aff*, 9 (2), pp. 105-133.
- Halevy, A. and Brody, B. (1993). "Brain death: reconciling definitions, criteria, and tests". *Ann Intern Med*, 119 (6), pp. 519-525.
- Herpin, N. and Paterson, F. (2000). "Le don d'organes et la perception de la mort par les Français: les systémistes et les intégralistes". En R. Carvais and M. Sasportes, *La greffe humaine*. Paris: PUF, pp. 789-814.
- Hoffenberg, R.; Lock, M.; Tilney, N.; Casabona, C.; Daar, A. S.; Guttman, R. D. et al. (1997). "Should organs from patients in permanent vegetative state be used for transplantation? International Forum for Transplant Ethics". *Lancet*; 350 (9087), 1320-1.
- Lane, A.; Westbrook, A. et al. (2004). "Maternal brain death: medical, ethical and legal issues". *Intensive Care Med*, 30 (7), pp. 1484-1486.
- Lock, M. (1999). "The problem of brain death: Japanese disputes about bodies and modernity". En S. J. Youngner, R. Arnold and R. Schapiro, *The definition of death: contemporary controversies*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, pp. 239-256.
- Lock, M. (2002). *Twice Dead. Organ transplants and the reinvention of death*. London: University of California Press.
- Machado C. (1999). "Consciousness as a definition of death: its appeal and complexity". *Clin Electroencephalogr*; 30 (4), 156-64.
- Machado, C. (2005). "The first organ transplant from a brain-dead donor". *Neurology* 64 (11), pp. 1938-1942.
- Molina, A.; Rodríguez-Arias, D. et al. (2008). "Should individuals choose their definition of death?". *Journal of medical ethics*, 34 (9), pp. 688-9.
- Mollaret, P. and Goulon, M. (1959). "Le coma dépassé". *Rev Neurol (Paris)*, 101, pp. 3-15.
- Munjal, K. G.; Wall, S. P.; Goldfrank, L. R.; Gilbert, A.; Kaufman, B. J. and Dubler, N. N. (2013). "A rationale in support of uncontrolled donation after circulatory determination of death". *The Hastings Center report*, 43 (1), 19-26. Epub 2012/12/21.
- Nelson, H. L. (1994). "The architect and the bee: some reflections on postmortem pregnancy". *Bioethics*, 8 (3), pp. 247-267.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1981). "Guidelines for the determination of death. Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research". *Jama*, 246 (19), pp. 2184-2186.
- Putnam, H. (1981). "Hecho y valor". En *Razón, verdad e historia*. Tecnos: Madrid, pp. 132-152.
- Putnam, H. (2004). *El desplome de la dicotomía hecho-valor y otros ensayos*. Barcelona: Paidós.
- Robertson, J. A. (1999). "The dead donor rule". *Hastings Cent Rep*, 29 (6), pp. 6-14.
- Rodríguez-Arias, D.; Molina, A. (2007). "Pluralismo en torno al significado de la muerte cerebral y/o revisión de la regla del donante fallecido". *Laguna*, 21, pp. 65-80.
- Rodríguez-Arias, D.; Deballon, I. O. (2012). "Protocols for uncontrolled donation after circulatory death". *Lancet*, 379 (9823), 1275-6. Epub 2012/04/10.
- Rorty, R. (2000). *El pragmatismo, una versión*. Barcelona: Ariel.
- Schwartz, P. H. (2007). "Decision and discovery in defining 'disease'". En H. Kincaid and J. McKittrick, *Establishing medical reality. Essays in the metaphysics and epistemology of biomedical science*. Dordrecht: Springer, pp. 47-63.
- Shewmon, A. D. (2001). "The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating 'brain death' with death". *J Med Philos*, 26 (5), pp. 457-78.



). "Chronic 'brain
s and conceptual
consequences". *Neurology* 51 (6), pp.
1538-1545.

Shewmon D. A.; Capron, A. M.; Peacock, W. J.; Schulman, B. L. (1989). "The use of anencephalic infants as organ sources. A critique". *JAMA: the journal of the American Medical Association*; 261 (12), 1773-81.

Singer, P. (1997). *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona: Paidós.

Siegler, M. and Wikler, D. (1982). "Brain death and live birth". *Jama*, 248 (9), pp. 1101-1102.

Siminoff, L. A.; Burant, C. et al. (2004). "Death and organ procurement: public beliefs and attitudes". *Soc Sci Med*, 59 (11), pp. 2325-2334.

Slettedal, J. K.; Lyberg, T. et al. (2007). "Regeneration of the epithelium in organ-cultured donor corneas with extended post-mortem time". *Acta Ophthalmol Scand*, 85 (4), pp. 371-376.

Spike, J. (1999). "Brain death, pregnancy, and posthumous motherhood". *J Clin Ethics*, 10 (1), pp. 57-65.

Stoecker, R. (2012). "Der Tod als Voraussetzung der Organspende?". *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 58. Jahrgang 2012 Heft2, 99-116.

The Multi-Society Task Force on PVS. (1994a). "Medical aspects of the persistent vegetative state (1)". *The New England journal of medicine*, 330 (21), 1499-508.

The Multi-Society Task Force on PVS. (1994b). "Medical aspects of the persistent vegetative state (2)". *The New England journal of medicine*, 330 (22), 1572-9.

Truog, R. D.; Fletcher, J. C. (1990). "Brain death and the anencephalic newborn". *Bioethics*; 4 (3), 199-215.

Van-Hooft, S. (2004). *Life, Death, and Subjectivity: Moral Sources in Bioethics*. Amsterdam: Value Inquiry Book Series.

Veatch, R. M. (1999). "The conscience clause: how much individual choice in defining death can our society tolerate?". En S. J. Youngner, R. Arnold and R. Schapiro, *The definition of death: contemporary controversies*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, pp. 137-160.

Verheijde, J. L.; Rady, M. Y. (2011). "Justifying physician-assisted death in organ donation". *The American journal of bioethics: AJOB*, 11 (8), 52-4. 08/03.

Wijdicks, E. F. (2002). "Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria". *Neurology*, 58 (1), pp. 20-25.

Wittgenstein, L. (2004). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica.

Youngner, S. J.; Arnold, R. et al. (1999). *The definition of death: contemporary controversies*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Youngner, S. J.; Arnold, R. M. et al. (1999). "When is 'dead'?". *Hastings Cent Rep*, 29 (6), pp. 14-21.

Youngner, S. J. and Arnold, R. M. (2001). "Philosophical debates about the definition of death: who cares?". *J Med Philos*, 26 (5), pp. 527-37.

Youngner, S. J.; Landefeld, C. S.; Coulton, C. J.; Juknialis, B. W.; Leary, M. (1989). "'Brain death' and organ retrieval. A cross-sectional survey of knowledge and concepts among health professionals". *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 261 (15), 2205-10.