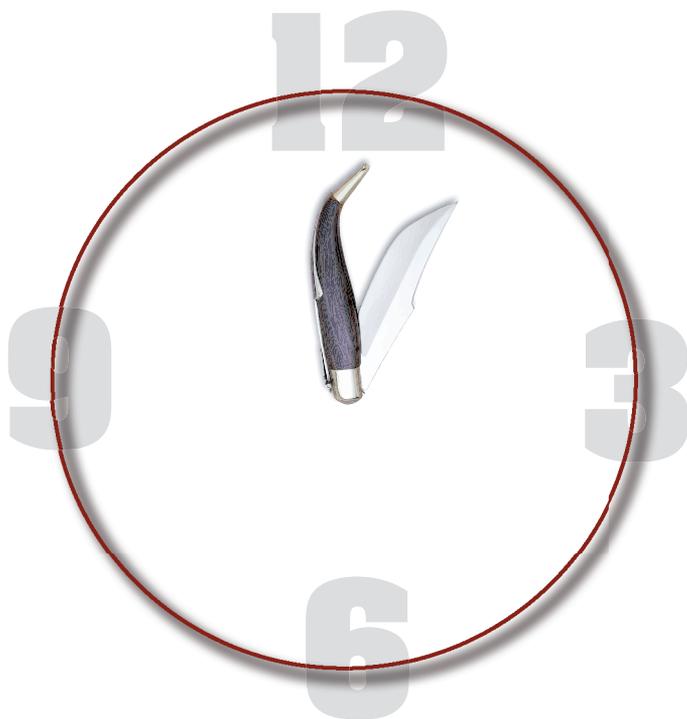


ASPECTOS FILOSÓFICOS Y SOCIALES DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

MAURICIO MÉNDEZ HUERTA

CUAUTHÉMOC MAYORGA MADRIGAL

COORDINADORES



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

ASPECTOS
FILOSÓFICOS Y
SOCIALES DEL
TRASPLANTE DE
ÓRGANOS

ASPECTOS FILOSÓFICOS Y SOCIALES DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

MAURICIO MÉNDEZ HUERTA

CUAUTHÉMOC MAYORGA MADRIGAL

COORDINADORES

Universidad de Guadalajara
2014

Primera edición, 2014
D.R. © Universidad de Guadalajara
Centro Universitario
de Ciencias Sociales y Humanidades
Coordinación Editorial
Juan Manuel 130
Zona Centro
Guadalajara, Jalisco, México

Consulte nuestro catálogo en
<http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/>

ISBN e book 978-607-742-082-8

Editado y hecho en México
Edited and made in Mexico



PROGRAMA INTEGRAL DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Esta edición fue financiada con recursos del Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI) 2011 a cargo de la Secretaría de Educación Pública.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | |
| Cuauthémoc Mayorga Madrigal | 11 |
| El trasplante en la investigación biomédica | |
| Trasplante de órganos. Ilusiones, realidades y desafíos | |
| Héctor José Mayorga Madrigal | 19 |
| Muerte encefálica, su contexto tanatológico y bioético | |
| Rodrigo Ramos-Zúñiga Gabriela Paz Vélez | 25 |
| Filosofía y trasplante | |
| «Muerte cerebral» y «muerte»: crítica a la definición propuesta por el comité de Harvard | |
| Mauricio Méndez Huerta Omar Roberto Sánchez Villegas | 43 |
| Argumentación y bioética | |
| Carlos Fernando Ramírez González | 65 |

| | |
|--|------------|
| Nociones para una fundamentación epistemológica del trasplante de órganos | 87 |
| Cuauthémoc Mayorga Madrigal | |
| Problemas éticos en los trasplantes de órganos | 101 |
| Ixchel Itza Patiño González | |
| Itzel Villa Páez | |
| Problemas de estética en trasplantes | 117 |
| Aldo Carbajal Rodríguez | |
| Manifestaciones sociales del trasplante | |
| Mitos sociales sobre la donación de órganos | 135 |
| Francisco Javier Cortázar Rodríguez | |
| Muerte y donación de órganos desde perspectivas religiosas | 153 |
| Víctor Mario Ramos Cortés | |
| Screen-lore: la ficción audiovisual y el trasplante de órganos | 169 |
| Francisco Javier Cortázar Rodríguez | |
| De los autores | 175 |

A la memoria de Rodolfo Morán González y Víctor Mario Ramos Cortés,
quienes impulsaron y escribieron para este proyecto, pero en 2012
confirmaron que la ciencia, la filosofía y la tecnología
se vencen ante la llegada de la muerte.

Introducción

De las innovaciones tecnológicas podemos destacar tres características: 1) la transformación del entorno material, 2) la modificación de las concepciones que teníamos de la realidad, y 3) la incertidumbre. Con la materialización del trasplante de órganos y tejidos se hacen manifiestas las características tecnológicas enlistadas porque desde que fueron posibles los primeros ensayos realizados mediante esta terapia, la relación con los organismos humanos vivos recibe otro tratamiento; la noción de órganos, vida, calidad de vida y la definición de muerte fueron modificados y, asimismo, surgieron un conjunto de interrogantes que hoy, a más de medio siglo de consolidado el sistema de trasplantes en diversas regiones del mundo, continúan impactando sobre las investigaciones biomédicas, filosóficas y sociales.

Resulta significativo que el inicio exitoso de los primeros trasplantes coincida con el surgimiento de la bioética. Tal vez sea pura coincidencia, pero las diversas alternativas de entendimiento que hacen posible cada trasplante albergan siempre algún dilema moral. Cuando se pretende encontrar una solución racional a dichos dilemas, se hace imprescindible adentrarse en los fundamentos de la investigación biotecnológica, así como en los aspectos propios de la práctica clínica y quirúrgica, pero además se debe incursionar en aspectos de orden legal, social y, en algunos casos, hasta religioso. Por lo anterior, un entendimiento satisfactorio en la búsqueda de la mejor solución hace imperiosa una deliberación interdisciplinaria que, en la actualidad, se presenta como condición necesaria para la reflexión bioética.

Del mismo modo, resulta imprescindible atender diversas nociones propias de la reflexión filosófica que resultan ineludibles al tratar con cuestiones en las que la vida, la justicia, el bien, la verdad, la belleza,

la certeza, el mal, la costumbre, la moral, la razón y la muerte se encuentran de por medio. Por lo anterior, consideramos que la problematización filosófica de los factores implicados en la práctica del trasplante de órganos resulta de vital importancia en un contexto en donde la búsqueda de acuerdos racionales es valorada como un criterio para solucionar conflictos: en nuestras sociedades contemporáneas, en donde la toma de decisiones en la salud debe considerar el parecer informado de los pacientes o familiares, cuando el paternalismo médico ha cedido su lugar a un diálogo horizontal y en el reconocimiento de que una decisión será más exitosa o eficiente si se consideran los diversos aspectos implicados y hay mayor claridad de las nociones y discusiones que cimentan el saber o la práctica de la salud.

Esta obra es el resultado de un trabajo multidisciplinario en el que profesionales de la salud, la sociología, la lingüística, la teología y la filosofía presentan, a través del enfoque de sus áreas de investigación, una visión que entrelaza las perspectivas individuales, biológicas y sociales y que nos permite analizar y cuestionar la práctica del trasplante de órganos. Los trabajos reunidos en este libro se encuentran divididos en tres partes: los dos primeros corresponden a análisis de hechos desde las ciencias de la salud, los cinco siguientes implican un análisis desde disciplinas filosóficas y los tres últimos se estructuran desde la consideración de aspectos sociales.

La primera parte trata de la situación de los trasplantes en la investigación biomédica y se compone de dos capítulos. En el primer capítulo, «Trasplante de órganos. Ilusiones, realidades y desafíos», autoría de Héctor José Mayorga Madrigal, se ofrece un breve recorrido por la historia de los trasplantes, desde el predominio del pensamiento mágico hasta la actualidad. Sin descuidar las dificultades técnicas y científicas que ha implicado dicho recorrido, es posible vislumbrar las ilusiones y fantasías tejidas en torno a la posibilidad de dicha práctica hasta su materialización en el siglo XX. El segundo capítulo «Muerte encefálica, su contexto tanatológico y bioético» aborda la muerte encefálica como uno de los fenómenos de la práctica médica que confronta nuestro conocimiento con los conceptos culturales, con las connotaciones éticas, legales, antropológicas y filosóficas. Los conceptos cardiocéntricos, que ligan la vida y las emociones con el corazón, definen en gran parte esta historia sustentada en la tradición, la cual contrasta con los conceptos médico-

clínicos de muerte encefálica. El planteamiento de la muerte encefálica, como un hecho, representa una serie de criterios clínicos y pruebas confirmatorias, necesarias para fundamentar la certeza en el diagnóstico y la irreversibilidad del fenómeno. Por otra parte, nuevos retos nos han conducido a retomar a la muerte como un todo, pese a que se pudiera interpretar como una muerte fragmentaria o parcial. Es decir, hoy en día podemos hablar de muerte partiendo de criterios cardiorrespiratorios o de la muerte determinada por criterios encefálicos; esto al margen de los mecanismos de procuración de órganos para trasplantes.

El segundo grupo de trabajos, dedicado a las implicaciones filosóficas del trasplante de órganos, inicia con una aportación de Mauricio Méndez y Omar Sánchez. Los autores muestran diversas perspectivas filosóficas para problematizar el tema de los trasplantes partiendo de la definición de muerte. Así, el tercer capítulo «'Muerte cerebral' y 'muerte': crítica a la definición propuesta por el comité de Harvard», nos presenta un análisis en el que resaltan los aspectos discursivos y ontológicos que están implicados en la propuesta de definición de muerte del comité de Harvard. Según el texto, la definición dada por dicho comité está fundamentada en una visión reduccionista del ser humano y responde a intereses únicamente utilitaristas y no a un intento teórico serio para dar cuenta del asunto de la muerte. Por su parte, en el siguiente texto, denominado «Argumentación y bioética», Carlos Ramírez nos muestra cuáles son las características que deberían estar presentes en la argumentación en bioética. En un primer momento problematiza el área de la bioética, pues la argumentación, según señala el autor, se presenta cuando hay problemas a resolver, por lo que existe una estrecha relación entre el problema y el tipo de argumentación que intenta solucionarlo. El análisis presentado en este capítulo se basa en la propuesta que Carlos Pereda presenta en «Vértigos argumentales». Siguiendo con el tratamiento de los aspectos filosóficos, en el quinto capítulo, «Nociones para una fundamentación epistemológica del trasplante de órganos», Cuauthémoc Mayorga analiza los aspectos epistemológicos que se encuentran implicados en los trasplantes de órganos. Se define el trasplante de órganos como una tecnología y analiza las implicaciones que esta definición conlleva; se presenta un análisis sobre las interrogantes que se generan en torno al trasplante de órganos, separando las que hacen referencia al *qué* y las que hacen referencia al

cómo; las organiza en cuatro grandes grupos según sus prioridades: científicos, técnicos, morales y sociales. Sin embargo, el autor apunta que estas interrogantes están siempre unas en función de otras, y su estudio requiere un trato interdisciplinario para la integración de saberes que lleven a un equilibrio en la implementación del trasplante de órganos como una necesidad de primer orden en la salud. A este abordaje epistemológico le sigue el texto «Problemas éticos en los trasplantes de órganos», en el que Itza Patiño e Itzel Villa hacen una exposición y análisis de algunos de los enfoques que justifican y orientan la acción moral, a saber: el utilitarismo, el deontologismo y el principialismo. Examinan cuáles son las bases que permiten justificar la toma de decisiones, los criterios de asignación, los beneficios y riesgos morales de las creencias que se tienen sobre la muerte. Concluyen que si bien dichos enfoques ofrecen un amplio marco para orientar la reflexión sobre el trasplante de órganos, hay varios elementos en la praxis que no son tomados en cuenta por las teorías, aspecto éste que ofrece un reto para el análisis e investigación de mejores fundamentos para el trasplante de órganos. En el último texto de los enfoques filosóficos, «Problemas de estética en trasplantes», Aldo Carbajal afirma que los trasplantes de cara no se pueden regir sobre los criterios estéticos del canon proporcional y geométrico que utilizan algunos cirujanos plásticos, pues éstos responden a otra índole y no a las necesidades básicas de salud y funcionalidad. Sostiene que la percepción que el individuo tiene de sí mismo, después de un trasplante de cara, requiere una adaptación psicobiológica para la asimilación del hecho y el reconocimiento de sí mismo como un individuo «sano». La estética está implicada en el individuo como una forma de percibirse a sí mismo, como una finalidad que logra una necesaria satisfacción, lo cual es distinto de concebirse como un medio o resultado del éxito de la ciencia médica.

La tercera parte de esta publicación la hemos dedicado a analizar tres aspectos de índole sociológica relacionados con el trasplante de órganos: los mitos, la religión y el cine. En el octavo capítulo se presenta el texto «Mitos sociales sobre la donación de órganos» de Francisco Cortázar. El autor recoge la narrativa popular que se elabora en torno a la donación de órganos. Hace distinciones y analiza cuáles son los miedos comunes que la gente expresa para donar, así como los mecanismos internos de la leyenda urbana del robo de órganos. De la misma manera, analiza

una común confusión que se presenta al confundir robo con tráfico de órganos. Examina cuáles son las implicaciones que dicha narrativa tiene en la población en cuanto a la cultura de donación de órganos. En esta misma línea de análisis, en el noveno capítulo, «Muerte y donación de órganos desde perspectivas religiosas», Víctor Mario Ramos Cortés se apoya en encuestas realizadas a personas de la zona metropolitana de Guadalajara, así como en entrevistas hechas a líderes religiosos para, con base en este fundamento empírico, bosquejar cuáles son las concepciones que los tapatíos tienen en torno a la muerte; analiza, a partir de las preguntas planteadas, cuáles nociones desembocan en la muerte entendida como un proceso o entendida como un momento. Asimismo, Ramos Cortés examina lo que se entiende como *muerte digna*; a partir de la información recolectada y de su análisis, establece relaciones entre dichas concepciones y la donación de órganos. El último capítulo de este trabajo es escrito por Francisco Cortázar quien en el texto «*Screen-lore*: la ficción audiovisual y el trasplante de órganos», hace un recuento de algunos filmes y representaciones audiovisuales de la leyenda del trasplante y el robo de órganos. Analiza los aspectos que subyacen y cuáles han ido cambiando conforme ha pasado el tiempo, adquiriendo nuevas formas las preocupaciones y miedos de la sociedad, mismos que se representan de manera explícita en los medios audiovisuales.

El trasplante de órganos ofrece una nueva esperanza de vida a pacientes que otrora hubiesen abandonado la esperanza de continuar con vida; hoy en día, esta alternativa terapéutica no solamente ofrece la oportunidad de seguir viviendo sino que permite, en muchos casos, la posibilidad de desarrollar una vida digna acorde con las expectativas de los sujetos beneficiados con el trasplante. Pero la posibilidad de otorgar un beneficio, aún un beneficio tan grande como sería la posibilidad de vivir, no se encuentra exenta de interrogantes, las cuales no pueden ser pasadas por alto ya que ignorarlas implicaría la reproducción de modelos que acrecientan la incertidumbre y propagan las malas prácticas.

Agradecemos el apoyo recibido para la realización de esta obra por parte del Consejo Estatal de Órganos y Tejidos del Estado de Jalisco, a la Unidad de Posgrado y el Departamento de Filosofía del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara, al Comité de Ética Clínica del Centro Médico de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social y al Hospital General de Querétaro.

**EL TRASPLANTE EN
LA INVESTIGACIÓN
BIOMÉDICA**

Trasplante de órganos. Ilusiones, realidades y desafíos

El intento por preservar la vida y la función de los órganos es la dinámica propia de la medicina desde el inicio de los tiempos. La disfunción o la pérdida de un órgano, tejido o parte de algún segmento de la economía corporal es un tema de permanente investigación y, su reposición, el objetivo. Las primeras ideas de un trasplante con fines de vida tienen que ver con la historia y los relatos bíblicos; así, Eva es producto del uso de una costilla de Adán. También en las culturas maya, egipcia y otras se han encontrado representaciones que sugieren, ante la disfunción de algún órgano o extremidad, su reposición. En el siglo XV, representado en un óleo como el milagro de San Cosme y San Damián y sin la representación de la profesión médica, se establece la idea más clara de la posibilidad de implantar un injerto. A los dos anteriores se les atribuye que, en el siglo III, fueron capaces de injertar una extremidad de un donador fallecido a un paciente con cáncer. La novela gótica de Mary Shelley, en 1818, describe las vivencias de un médico cuya obsesión es conocer los enigmas relacionados con la vida y la muerte, la creación y la destrucción, logrando dar vida a un hombre mediante el implante de órganos, producto de cadáveres diseccionados.

Como Julio Verne, su imaginación y su capacidad de anticipación lógica, desde tiempos remotos, la medicina se planteó la posibilidad de los implantes exitosos y no fue sino hasta el siglo XX que el implante de órganos se hace una realidad científica en pleno desarrollo. Los trasplantes comienzan a convertirse en una práctica habitual; por ejemplo,

hoy en México ha sido posible, como el milagro de San Cosme, el trasplante de extremidades.

Hace casi un siglo, el doctor Carrel describió las suturas vasculares, iniciando así un viaje de investigación, ensayos, errores y muchos problemas que se fueron allanando en el camino; cada paso es un escalón de descubrimientos que han permitido, con el beneficio del tiempo, acercarnos cada vez más al implante perfecto.

Los trasplantes de órganos, como práctica científica, se iniciaron a finales del siglo XIX utilizando monos y cerdos sin lograr resultados adecuados, sólo era cuestión de minutos u horas para observar el final de la vida. Luego la irradiación corporal total y entonces se asomaban los inicios de la inmunología como parte del proceso que impedía la sobrevida de largo plazo de los órganos. En 1933, el doctor Voronoy realizó el primer trasplante a una joven con insuficiencia renal crónica en uremia, a partir de un órgano de una mujer de 60 años fallecida. La «magia», sólo duró dos días y sobrevino la muerte de la paciente. Después de éste, muchos intentos fallidos ocurrieron por todo el mundo, pero ya en 1954 se realizó el primer trasplante de riñón de gemelos univitelinos y el evento fue exitoso. Los avances en la inmunología no se hicieron esperar y quedó claro que había que bloquear la respuesta inmunológica para el éxito de los trasplantes. Sin embargo, el inicio de esta aventura fue también catastrófica dado que aunque el injerto era capaz de progresar de manera positiva, la sobrevida del paciente era limitada por eventos de septicemia, condicionados por fármacos que resultaban altamente tóxicos.

La evolución de los trasplantes en el mundo ha pasado de los experimentos en animales a la observación de los aspectos inmunológicos que limitan la sobrevida del injerto; de ahí, al uso de irradiación corporal con el objeto de depletar al sistema inmune y la utilización de múltiples fármacos como 6-mercaptopurina, azatioprina y esteroides que lograron consolidar hasta la década de los años ochenta los trasplantes renales, sin embargo, aún con una sobrevida del injerto de 70% a un año. Es en la década de los noventa cuando la introducción de la ciclosporina y, más tarde, el tacrolimus (los inhibidores de calcineurina) hicieron posible la disminución del rechazo agudo y la sobrevida del injerto. Sin embargo, la nefrotoxicidad de estos fármacos y el desarrollo de nuevas vías para la inhibición de la respuesta clonal han logrado el

desarrollo de fármacos cada vez más selectivos como el ácido mico-fenólico, rapamicina y medicamentos que son capaces de bloquear la coestimulación.

Con el desarrollo de nuevos fármacos y los avances tecnológicos en medicina, también en trasplantes han ocurrido cambios con respecto al conocimiento de agentes infecciosos involucrados, así como nuevas formas de entender el rechazo agudo del injerto. Día a día, el conocimiento en ciencias básicas y clínicas es mayor; sin embargo, en los últimos veinte años, no parece haber algo que haya revolucionado de manera clara la expectativa del injerto en el largo plazo. Sin duda, la tolerancia inmunológica y el blanco de los estudios en trasplante de órganos y la velocidad de las investigaciones en el mundo, lograrán en el mediano plazo acercarnos a esta meta.

En México la historia de los trasplantes es producto, sin duda, de lo encontrado en las experiencias internacionales. Inicia en 1963 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el doctor Federico Ortiz Quezada; a partir de 1971, en diferentes instituciones y con distintos médicos, se han desarrollado los esfuerzos encaminados a consolidar los programas de trasplante de órganos en las distintas instituciones médicas del país con resultados muy parecidos a los que encontramos en los reportes mundiales. Sin embargo, el número de trasplantes es reducido con respecto a su demanda; la mayoría son de donadores vivos relacionados y no suele haber esquemas eficientes en el país para el trasplante de órganos como corazón, riñón-páncreas, corazón-riñón, pulmón, hígado, etc. y, por ende, el número de pacientes en lista de espera para estos posibles eventos, es escaso; por ejemplo, actualmente, sólo doce personas esperan recibir un trasplante de riñón-páncreas cuando seguramente el número de los no inscritos en este tipo de listas es mucho mayor. Además, son pocas las instituciones que tienen la infraestructura para hacerlo, en todo caso, se pueden hacer sólo trasplantes de riñón y cornea en los sitios donde está permitido hacerlo pero trasplantes de hígado, corazón, páncreas o pulmón están limitados a la ciudad de México, Guadalajara, Monterrey y algunas ciudades como San Luís Potosí, donde existe un boyante programa de trasplante hepático. Por otro lado, la tecnología para el seguimiento de las complicaciones también se limita a las grandes ciudades, lo que dificulta la velocidad de respuesta de los tratamientos. El número de nefrólogos

que recibieron entrenamiento en trasplantes es limitado, al igual que los cirujanos entrenados en este sentido también lo es; hay aún instituciones que capacitan médicos como nefrólogos en ausencia de un programa de trasplantes, y hay incluso estados de la República que no cuentan con programas de este tipo. Estas situaciones limitan el desarrollo de la práctica de trasplantes.

La donación es un punto relevante. En abril de 2013, la cantidad de personas en espera de un trasplante de riñón era de 9 393 pacientes y para entonces se habían realizado 567 trasplantes de este órgano, 418 personas, esperaban recibir un hígado y, entonces, sólo 32 lo habían logrado.

Los esquemas de procuración de órganos y los coordinadores hospitalarios son escasos y la información a la población suele ser temporal (en la semana estatal o nacional de trasplantes) y no siempre clara, esto hace que la negativa del disponente secundario sea una dinámica habitual.

Finalmente, hay poca claridad en algunos aspectos de la ley, lo que hace que se permita la libre interpretación en relación con aspectos éticos poco claros. Por ejemplo, en la donación «altruista» se genera duda el «altruismo» de empleados a jefes pero nunca de manera inversa; también se presta a la sospecha que en algunas poblaciones la incidencia de donación supera de manera muy amplia a la de los pacientes enfermos de esas comunidades y algunos sitios donde claramente se ofertan órganos. No hay manera de asegurar que la donación sea realmente altruista y la pregunta es: ¿siempre tendría que ser así? Mientras tanto, las personas siguen muriendo en espera de un órgano.

El trasplante de órganos mejora la calidad y la expectativa de vida, no necesariamente cura y, en casos como el trasplante de riñón, es considerada como terapia sustitutiva de la función renal y a los pacientes trasplantados se les considera como enfermos renales crónicos. Es por esto que el proceso de trasplante es un evento que dura toda la vida y el paciente no puede considerarse curado. Una limitación, cada vez más frecuente, para resolver el problema de las largas listas de espera es que los pacientes trasplantados también ahora son parte de estas listas una vez que han perdido la función del injerto.

Algunos problemas que enfrentamos los médicos relacionados con el trasplante de órganos es el vasto desconocimiento de los no especia-

listas y la desinformación constante, el advenimiento de fármacos genéricos cuya biodisponibilidad es altamente variable. En ese sentido, en estudios mexicanos hay evidencia de los malos resultados con el uso y la ausencia del trasplante de órganos como parte del seguro popular al menos hasta la escritura de este texto.

Muerte encefálica, su contexto tanatológico y bioético

Los puntos a describir en este documento son, en primer término, aspectos generales sobre el concepto de muerte y sus implicaciones en la muerte clínica; en segundo término, trataremos algunos elementos básicos de la muerte encefálica (ME), tanto su definición como aspectos tanatológicos y bioéticos; y finalmente nos referiremos a algunas consideraciones relevantes para los trasplantes.

Muerte en el contexto sociocultural

El concepto de muerte como tal ha sido un fenómeno complejo de discernir y aceptar por la sociedad, porque hasta la fecha existen muchos elementos en los aspectos socioculturales que han limitado su abordaje como tema de estudio y más aún, los términos de su definición y algunas consideraciones que pudiesen aplicarse en la etapa posterior a la muerte como tal (Bering, 2006: 453-498, 2008: 34-41; Ramos-Zúñiga, 2000: 1269-1272; Ramos-Zúñiga, 2002: 238-246). Parte de ello se deriva del impacto que estas percepciones tienen en los aspectos culturales y socio-antropológicos, en los cuales invariablemente repercuten algunas decisiones de los profesionales de la salud. Los retos para la comprensión de esta información residen en las limitaciones del conocimiento y de muchos procesos fisiológicos que se han descubierto de forma gradual en el curso de la historia, muchas veces de forma tan lenta que el pensamiento mágico y empírico tuvo que plantear construcciones teóricas para discernir estos procesos cuando la ciencia aún no era capaz de hacerlo. Por otra parte, existe un vínculo con una serie de códigos deontológicos o de conducta que ha sido necesario reconocer en la medicina o en las ciencias de la salud para poder proceder

de una forma equilibrada en el diagnóstico y la toma de decisiones ulteriores, pero dentro de un marco regulatorio en este fuero interno (Gispert, 2000; Kraus y Pérez-Tamayo, 2007; Pérez-Tamayo, 2005: 170-176; Wijdicks, 2001: 1215-1221; Wijdicks, 2010: 77-83; Burkle, 2011: 837-841).

En principio, si hablamos de muerte nos referimos a un fenómeno que tiene varias coincidencias o preceptos que concurren aún en distintas culturas. Para la mayor parte de las sociedades se refiere a un concepto de tránsito (no sabemos exactamente hacia dónde), pero es un tránsito hacia otro espacio y tiempo. Se adiciona el concepto de dualidad que implica la percepción de que somos algo más que el cuerpo físico y que se ha configurado como el espíritu o el alma. De esta forma cada sociedad tiene su muy particular forma de percibir la muerte, pero estos eventos hacen que cualquiera que sea su identidad cultural, compartan preceptos comunes (Carrel, 1914: 839; Veatch, 1975: 13-30; Bresnahan y Mahler, 2010: 54-60). Por otra parte, más allá de estos elementos socio-antropológicos, también existen connotaciones muy específicas de carácter biológico, legal, teológico y hasta filosófico que hacen que el fenómeno de la muerte sea un fenómeno complejo en su estudio y misterioso en lo que son las profundidades de su discernimiento por lo que representa el sentido de pérdida para el individuo y para la sociedad. Muchas culturas han requerido una serie de rituales en sus formas de abordar la muerte, para poder favorecer a este tránsito y considerar que los deudos puedan sentirse en plenitud una vez que participan en estos procesos o ritos avalados socialmente para la fase de duelo (Santillán-Doherty, 2008: 85-118; Molina-Martínez *et al.*, 2003: 771-780).

Históricamente, hay algunos elementos que han sido identificados y confirmados para irnos acercando a una definición. Se trata de un concepto que tiene una implicación o una connotación predominantemente biológica, aunque actualmente se utiliza como una metáfora para otros tipos de patrones de muerte (se habla de muerte de una cultura o de una sociedad, para hablar de un fenómeno de extinción). Otro de los factores es la irreversibilidad y la contundencia de la muerte como un evento biológico. Esto contrasta con el hecho de que la muerte ha sido entendida históricamente como un evento transversal y no como un proceso (que discutiremos posteriormente). Pese a que hubiese parecido sencillo el determinar los criterios de la muerte, este

evento no siempre fue así. Se vio la necesidad de que la muerte tuviera un diagnóstico para que fuera entonces determinada con precisión y que estos parámetros fueran reproducibles al momento de analizar las variables que implican el diagnóstico de muerte (Informe Harvard, 1968; Morris, 2004: 2678-2680; Hamer y Rivlin, 2003: 196-200; Bugge, 2009: 1239-1250).

El concepto etimológico viene del latín «mors» o «mortis» que implica como tal el cese o término de la vida. Para la mayor parte de las culturas es aceptado en términos de la circulación y del componente cardio-respiratorio que es lo que se denomina muerte funcional. Aquí es donde hace su aparición la teoría cardiocéntrica que prevalece en la mayor parte de las culturas, y en la cual se le asigna un valor al corazón como símbolo inherente y primario asociado a la vida (Ramos-Zúñiga, 2000:1269-1272; 2010: 361-368).

Desde el punto de vista legal, la muerte también implica la extinción de la personalidad civil y penal, además de la transferencia patrimonial y pecuniaria en el caso de una defunción. Además, se encuentra bien establecido en algunas sociedades el concepto legal de muerte encefálica, lo que ha permitido delimitar los preceptos legales en su diagnóstico y consideraciones posteriores (Pérez-Tamayo, 2005: 170-176; Burkle *et al.*, 2011: 837-841; Santillán-Doherty, 2008: 85-118; Ley General de Salud, 2003: 320-329; Lustbader *et al.*, 2011: 119-124; Varelas *et al.*, 2011).

Desde el punto de vista evolutivo hemos avanzado en precisar las variables del diagnóstico ya que existen reportes desde 1836, en donde se aclaraba la pertinencia de certificar la muerte por muchas razones, entre ellas el diferenciarla de otras condiciones como el estupor histérico, la asfixia, además de precisar la irreversibilidad del fenómeno. Así surgieron las primeras señales o variables que indicaban el diagnóstico específico de muerte. Desde 1901 fueron descritos algunos criterios como la hipotermia, la decoloración de la piel y la relajación inicial para que posteriormente ocurriera una rigidez que es representativa del *rigor mortis*. A su vez, en el caso de la parte legislativa o legal y en lo referente a las leyes que predominan en México, su abordaje estuvo solamente circunscrito a los artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud que hablaban de manera muy escueta sobre la muerte con preceptos cardiorrespiratorios. No es sino hasta el 2003 en la cámara de diputados y posteriormente en el 2005 en la de senadores que se empieza a evaluar

la pertinencia de definir el concepto de muerte encefálica en las leyes (Molina-Martínez *et al.*, 2003: 771-780). A partir de este hecho es que se integran en la nueva Ley General de Salud del título XIV, capítulo tercero que describe en los artículos más importantes, aquellos que se relacionan con los conceptos de muerte y trasplantes. Se configuran en el 314 los conceptos básicos, el 343 que define el concepto de muerte encefálica, el 344 que habla de las pruebas confirmatorias de una forma muy genérica, el 345 sobre los mecanismos de autorización y el 338 en donde se conforma la figura legal del Consejo Nacional de Trasplantes. Han habido algunos anexos, aún en recientes propuestas del presente sexenio, para el artículo 344 en referencia a los criterios confirmatorios de muerte encefálica en donde sigue teniendo un lugar importante el estudio electrofisiológico (electroencefalograma); sin embargo, el estudio de evaluación de la irrigación o perfusión vascular cerebral aún no se encuentra bien definido por lo que de forma genérica pudiese ser aplicado un estudio de perfusión básica, angiografía o doppler, pero sin que éste sea precisado en el contexto legal (Ley General de Salud México, 2009).

La definición del concepto de muerte de una manera muy general está bien descrita por el profesor Wijdicks que la identifica como el cese permanente de las funciones críticas o vitales del organismo como un todo (2001: 1215-1221).

Hablando del caso de muerte encefálica, existe un precedente que fue descrito por Bichat en 1805 que empieza a proponer el concepto de muerte fragmentaria; este autor hablaba que cuando un órgano cesa su función afecta a los otros, y que el corazón, el pulmón y el cerebro son esenciales uno para el otro de tal forma que cuando ocurre la muerte, el proceso de extinción funcional no se da de una forma única o simultánea, sino que puede iniciar por el cerebro, por el pulmón, o por el corazón de una forma progresiva y gradual con un mismo desenlace. Plantea que el individuo no muere como un todo al mismo tiempo, sino que morimos en partes; de tal forma que esto cambia el concepto de la muerte unitaria, y nos presenta la muerte fragmentaria en la perspectiva científica y en la perspectiva social. A esta condición se agregan otros elementos en donde se integran los cambios en la forma de morir: las personas que no mueren en casa sino en instituciones, los muchos recursos que pueden ser aplicados en términos de discusión

entre futilidad y utilidad terapéutica, las implicaciones tecnológicas de la medicina que han modificado a través de maniobras de reanimación o de algunos otros procesos, la evolución natural de una enfermedad o un evento que invariablemente conducirían a la muerte (Villaseñor-Cabrera *et al.*, 2008: 217-250; Rollin, 2006). Esto ha requerido que se planteen nuevas estrategias, criterios y leyes que nos ayuden, tanto en lo individual como en el plano profesional y a nivel de sociedad, a discernir nuevas definiciones de acuerdo con un contexto contemporáneo y así poder tomar decisiones apropiadas preservando lo más importante que representa la esencia humana.

Aún en estos procesos hay dos cuestiones básicas que la sociedad se sigue preguntando; por un lado, si la esencia de la vida reside en un órgano para considerar que cuando el cerebro está muerto ¿el individuo está muerto?, y el otro cuestionamiento es, ¿qué tan seguros estamos del diagnóstico?, y si tenemos la posibilidad de que aparezcan falsos positivos (que se confirme una muerte encefálica cuando no lo es) (Ramos-Zúñiga, 2010: 361-368). La familia guarda siempre por naturaleza la expectativa de que el individuo pudiese despertar, a la manera de una conjugación entre la desinformación de carácter médico y una incipiente negación del proceso. Esto aparece particularmente en los casos en que hablamos de muerte encefálica como tal, se indica que existen evidencias de que el encéfalo está muerto... pero los familiares observan que hay latido cardíaco e identifican que hay función eléctrica en el corazón a través del monitor, lo que representa entonces una paradoja que contrasta con los conceptos clásicos de la teoría cardiocéntrica de la vida (Joffe *et al.*, 2010: 2-9).

Muerte encefálica

Si bien el diagnóstico de muerte encefálica, y su pertinencia, se ha constituido como un diagnóstico primario al respecto de la condición del paciente y su pronóstico, también nos permite definir las acciones para no incurrir en futilidad o ensañamiento terapéutico, al margen de que exista o no procuración de órganos para un trasplante. Ciertamente esta condición no se encuentra en adversidad con la posibilidad de algunas conductas de manutención fisiológica para la preservación de los tejidos, sin embargo siempre deben prevalecer los derechos del individuo desde la perspectiva bioética, insisto independiente de que haya o

no procuración de órganos (Wijdicks, 2001: 1215-1221; Morris, 2004: 2678-2680; Merrill y Murray, 1956: 160-277; Joffe, 2010: 47-53). Esta entidad representa un capítulo aparte, si fuera el caso de la procuración de órganos. Proceso en el que la ética en los procedimientos de los equipos de procuración, asignación, e implantación requiere un ejercicio específico en su análisis.

¿Qué implicaciones ha tenido la muerte encefálica en nuestra sociedad? De alguna manera refleja el mismo proceso histórico sobre el valor del encéfalo y su correlación como centro de la vida y de la individualidad. Por mucho tiempo ha perdurado la teoría cardiocéntrica para definir que los preceptos cardiocirculatorios eran mandatorios para definir la línea entre la vida y la muerte. En su momento se pensaba que el encéfalo no era realmente importante en el curso de la vida, ni necesario para pasar a «la otra vida» una vez que apareciera la muerte, tan es así que en la historia de los antiguos egipcios y los faraones el cerebro era prácticamente desprendido del interior a través de las cavidades faríngeas y era rellenado con otro material. En cambio, el corazón era intocable, porque el corazón sí era necesario para pasar a la otra vida y ser el salvoconducto para que el dios Anubis lo enlazara a otra dimensión de la existencia en este análisis de su tránsito en la esfera teológica (Ramos-Zúñiga, 2000: 1269-1272). En la medida en que fuimos identificando la estructura del encéfalo desde las partes más rudimentarias, los ventrículos, el encéfalo y los lóbulos, empezamos también a comprender la relación que tenía el encéfalo con la conciencia, no solamente en términos de la capacidad del individuo para percibirse a sí mismo y a su medio ambiente, sino también en términos filosóficos y de capacidad cognitiva en lo que se refiere a las funciones cerebrales superiores. De este proceso es que surge la lógica cartesiana que hablaba del «pienso y luego existo», ubicando además al encéfalo como centro del conocimiento y como una evidencia de la capacidad de conexión con los procesos inherentes a la vida misma.

En esta misma evolución surge la necesidad también de describir algunos elementos propios de la muerte cerebral (encefálica) como era llamada en su momento. Aparecieron distintas perspectivas científicas y culturales, tal es el caso de los estudios franceses, particularmente el *coma de passé* en 1959 (Mollaret y Goulon, 1959: 3-5), y a su vez otros autores empezaron a hacer descripciones de las variables que podían

presentarse en lo que en ese tiempo se llamó el coma irreversible. Éste presentaba como peculiaridad un desenlace en muerte a corto plazo y se tipificó posteriormente como muerte cerebral, cuando el comité de Harvard en 1968 y casi simultáneamente la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra por la parte europea, establecieron los primeros criterios y la definición primaria (Carrel, 1914: 839; Informe Harvard, 1968; Morris, 2004: 2678-2680). Ya se identificaba que la muerte encefálica se refiere al cese de toda señal de vida de relación, ausencia de respiración espontánea, atonía muscular, falta de reflejos y caída de la presión arterial (TA) sin sostén farmacológico. A partir de ello han surgido muchas publicaciones que han aportado novedades, particularmente en lo que se refiere a los criterios confirmatorios y a variables específicas de acuerdo con grupos de edad, presencia de fármacos, algunas sustancias en particular, estudios paraclínicos y aplicaciones tecnológicas que permiten mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico (Wijdicks *et al.*, 2010: 1911-1918). Sin embargo, los criterios clínicos que fueron descritos desde un principio son los que siguen prevaleciendo en la mayor parte de los escrutinios médicos y neurológicos para la toma de decisiones. También el concepto sufrió el cambio, de muerte cerebral a muerte encefálica (ME) por la inclusión de los criterios de alteración del tallo cerebral. Por ello se considera que anatómicamente y desde el punto de vista técnico el término correcto es ME y no muerte cerebral porque involucra al tallo encefálico y no solamente los hemisferios cerebrales. Desde el punto de vista legal también se ha configurado el concepto de ME que incluye por definición el cese irreversible de toda la función cerebral incluyendo al tallo, con lo que en algunos países representa un precepto legal válido para la toma de decisiones (Burkle *et al.*, 2011: 837-841). Raymond Adams establece un término muy sencillo para definir la ME: es la completa ausencia de receptividad y la completa ausencia de capacidad de respuesta, con lo que ejemplifica la nula posibilidad de recepción y respuesta por parte del encéfalo (Ropper y Samuels, 2009). Bajo estos términos es importante considerar los criterios de irreversibilidad que identifican las alteraciones de los reflejos en el tallo. Éstos básicamente siguen representados por las pupilas fijas, el reflejo corneal y el reflejo óculo-vestibular ausente, no hay ventilación espontánea, el reflejo faríngeo se encuentra ausente, no hay respuesta al dolor, y en los signos vitales predomina la hipotermia con la hipoten-

sión. Desde luego que es mandatorio considerar que tiene que existir evidencia de una lesión neurológica estructural suficiente o en todo caso una lesión de carácter irreversible. Esto se ha cumplimentado en los rubros elementales que integran su diagnóstico en lo que se refiere en términos básicos: 1) funciones cerebrales ausentes, 2) funciones de tallo ausentes, 3) la irreversibilidad del compromiso neurológico en función a que exista evidencia de un daño estructural que sea irremediable, y 4) la confirmación a través de estudios electrofisiológicos o bien de estudios que nos determinan que hay una ausencia de flujo sanguíneo cerebral (Busl y Greer, 2009: 276-287; Marinoni *et al.*, 2011: 73-77).

Criterios básicos de muerte encefálica

- 1) **Funciones cerebrales:** (aférentes/eférentes)
- 2) **Funciones de tallo ausentes:** (reflejo pupilar, orofaríngeo, corneal, oculocefálico, oculovestibular, respiratorio).
- 3) **Irreversibilidad del compromiso neurológico**
 - La causa del coma es bien establecida y suficiente para causar el deterioro neurológico de cese de las funciones cerebrales (lesión estructural irremediable).
 - No existen posibilidades de recuperación.
 - El cese de las funciones cerebrales persiste por un periodo de tiempo definido.
- 4) **Confirmación:** (EEG plano, ausencia de flujo sanguíneo cerebral).
Consideraciones: fármacos, intoxicaciones, hipotermia, P. pediátrico y choque.

Fuente: Informe Harvard, 1968.

Uno de los primeros puntos que empezaron a generar discusión fue que en la publicación original del comité de Harvard en 1968 apareció también otro artículo que hablaba sobre la procuración de órganos y la posibilidad del trasplante; esto fue lo que tal vez contaminó la intención original del diagnóstico de ME en el sentido de que se empezó a ver como una perspectiva utilitaria y que la pertinencia del diagnóstico estaba muy relacionada con la necesidad de establecer criterios para la procuración de órganos. Sin embargo, es conveniente aclarar que la ME

como tal tiene sus criterios bien definidos, tiene su finalidad desde el punto de vista de la integración diagnóstica neurológica para delimitar la utilidad y futilidad terapéutica. Es también, reconocer la irreversibilidad del fenómeno al que nos enfrentamos hablando ya de la muerte; esto insisto de forma independiente a si se dé o no el proceso de procuración de órganos. Ante las dudas sobre falsos positivos, existe hoy en día una gran cantidad de estudios que han aumentado la sensibilidad y la especificidad en referencia a los patrones de confirmación de que el fenómeno es irreversible y que en efecto nos enfrentamos a un proceso de ME que implicará un desenlace en una muerte unitaria a corto plazo (Wijdicks *et al.*, 2010: 1911-1918).

¿Cuáles son las conductas médicas cuándo hay un deterioro de la conciencia con posibilidades de desenlace en ME? Por una parte, se encuentran las conductas ante lo que se denomina etapa terminal, en donde se dejan medidas ordinarias básicas: analgesia, antibióticos, rehidratación, oxígeno y eventualmente se acepta la posibilidad de lo que se ha reconocido como el doble efecto, es decir, un efecto que favorece mitigar el dolor, pero que eventualmente limita la función de la reactividad ventilatoria. Por otro lado, se utilizan ocasionalmente algunas medidas extraordinarias hasta en tanto no se clarifique y no se certifique el diagnóstico de ME, lo que implica entonces la inducción de manejo farmacológico, nutrición parenteral, otro tipo de apoyos de sostén que son de carácter extraordinario y que permiten no solamente la preservación de los tejidos, sino que permite un plan de implementación terapéutica que es necesario mantener hasta en tanto no se certifique la irreversibilidad del fenómeno (Hamer y Rivlin, 2003: 196-200; Marinoni *et al.*, 2011: 73-77).

Adicionalmente, han surgido en este escenario las decisiones médicas adelantadas, en las que un individuo decide acerca de la permisividad de estas medidas en su cuerpo de una forma anticipada; también llamada testamento médico adelantado o decisión médica adelantada, es la figura legal a través de la cual el individuo ejerce su derecho para establecer su decisión de evitar terapias de sostén artificial, de no incurrir en su cuerpo en actividades que impliquen futilidad terapéutica en lo que respecta a las acciones del doble efecto, la sedación paliativa terminal, y otros elementos como los de eutanasia activa-pasiva (en algunos países) o muerte digna. Estas prerrogativas se identifican como

viables aún en el individuo que cuenta con criterios de muerte encefálica (Goldblatt, 2003: 86-100).

El profesor Bryan Jennett hablaba de que, de alguna forma, la ME es un artefacto que la misma tecnología médica ha inducido al modificar el curso natural de un proceso biológico ante un paro cardio-ventilatorio. Éste tendría en un corto plazo un desenlace, mismo que se cambia, porque esta misma maniobra lo distorsiona y nos deja ante otro escenario, que es el de la muerte encefálica (1972: 734-737).

Muerte encefálica y trasplantes

El advenimiento de los trasplantes como alternativa terapéutica se identifica desde la historia y la religión a partir de la representación del sueño de San Cosme y San Damián que pretendían cambiar una pierna enferma por una pierna sana en un individuo que tenía una afección irreversible (Butler, 1991). A la postre, este sueño ha sido uno de los promotores para que bajo una perspectiva científica, esta actividad médica que implica un proceso multidisciplinario pueda resultar factible. Elevados estándares de calidad, en lo que se refiere al trabajo en equipo en la medicina, se han requerido para lograr este cometido, bajo diferentes adecuaciones de acuerdo con los contextos y las redes en las cuáles se da la posibilidad de un trasplante. Los criterios de ME tienen que aplicarse de manera muy puntual, y hacerse a la par de los preceptos de carácter legal y una vez que estos criterios se confirman a través de pruebas instrumentales, es que puede configurarse el diagnóstico. Algunos de estos estudios confirmatorios son del rubro electrofisiológico, como el electroencefalograma o los potenciales evocados. Otros son orientados a evaluar la irrigación y perfusión sanguínea cerebral, como el doppler transcraneal, angiografía, angiotomografía o angiogramografía. Algunos estudios adicionales de tipo farmacológico, toxicológico pueden implementarse de manera específica de acuerdo con las condiciones de cada caso. Sólo cuando todos los criterios confirman el diagnóstico con la evidencia clínica (física), tanto en perfil cualitativo, como en el curso temporal establecido, y las pruebas confirmatorias sean positivas, se puede confirmar de manera definitiva el diagnóstico de muerte encefálica (Busl y Greer, 2009: 276-287; Marinoni *et al.*, 2011: 73-77). Por razones técnicas, metodológicas y éticas, el equipo médico involucrado en el diagnóstico de la ME no debe participar en el proceso de procuración de órganos, ya que se trata

de otro equipo totalmente distinto como criterio de seguridad para evitar conflictos de interés. Sin embargo, resulta fundamental para la familia que la secuencia y la lógica de la información proporcionada por el primer equipo responsable del abordaje diagnóstico y terapéutico, tenga una secuencia. Es decir, en la medida en que el diagnóstico final de ME haya sido lo más claro para que no se generen vacíos de información, es en la misma medida en que la familia tendrá elementos objetivos para la toma de decisiones (Kraus y Pérez-Tamayo, 2007; Santillán-Doherty, 2006: 177-179; 2008: 85-118).

Esquema situacional del proceso de trasplantes en Latinoamérica

| Debilidades | Fortalezas | Acciones |
|---|---|--|
| Algunos no cuentan con ella. Poco impacto en la cultura de procuración. Fallas en la socialización | La mayoría cuenta con ley sobre donación y trasplante | Promover la cultura de donación y procuración en todos los niveles |
| No se aplica como tal en la práctica | Ley de consentimiento presunto | Brindar asesoría a través de redes |
| No existen guías elaboradas por sociedades científicas (niveles de evidencia científica-gestión del conocimiento) | En todos existe la definición de ME, y se acepta como muerte del individuo | Incentivar la difusión científica, elaborar las guías y actualizaciones técnicas |
| Existe una gran variabilidad en los acuerdos de criterios confirmatorios | La mayoría cumplen con los criterios clínicos para ME | Divulgar la información científica a la sociedad, considerando su contexto |
| Existe limitación en la formación de recursos humanos calificados multidisciplinarios | La mayoría tiene claro que el dx, no debe tener implicaciones en el proceso de trasplante | Formación de recursos humanos calificados |

Fuente: Escudero *et al.*, 2009: 415-423.

El equipo que a su vez entra en acción es el de procuración de órganos. Para ello es necesario que cuente con la información que se manejó previamente, con la certeza de que haya sido la correcta y

se puedan establecer los planteamientos para la decisión por parte de la familia. La mayor parte de las debilidades en los equipos de procuración en Latinoamérica van en el sentido de que muchas veces estos criterios no tienen un impacto en la cultura de procuración y existen fallas en la socialización de esta alternativa. Aun cuando existe una ley de consentimiento presunto, no ha llegado a aplicarse como tal en la práctica por una serie de vacíos de origen y contradicciones legales. Además, en la mayor parte de las instituciones aún no existen guías elaboradas por sociedades científicas que puedan avalar este proceso entre la evidencia científica y la gestión del conocimiento, es decir; que la información científica finalmente pueda ser útil para la toma de decisiones. Un punto pertinente de análisis es también la escasa formación de recursos humanos, tanto en el currículo de las instituciones educativas básicas, como en las áreas de posgrado. Estas limitaciones, en su conjunto, dificultan la fluidez y celeridad en los procesos del trasplante (Ramos-Zúñiga, 2010: 361-368).

Las distintas sociedades de carácter religioso también se han involucrado en este proceso y un ejemplo a señalar es que entre las múltiples propuestas hechas por agrupaciones religiosas encontramos la revisión que en el 2008 hace la Academia de Ciencias del Vaticano en donde avala, a través de estudios por expertos, por qué la ME es válida como una definición de muerte del individuo. Esto ha permitido acortar el camino entre muchas limitaciones que existían en los preceptos de tipo teológico y religioso en algunas sociedades, para recurrir entonces a la toma de decisiones en un sentido pragmático sin entrar en el territorio utilitarista. Otras discusiones siguen vigentes y se han visto a la luz de distintas disciplinas, como es el caso de tesis teológicas y filosóficas como las de San Agustín, que hablan de que *cuando falla el cerebro que gobierna el cuerpo el alma se separa del cuerpo* y, por otro lado, algunas citas muy puntuales en donde Juan Pablo II define que *el criterio de certificación de la muerte encefálica cuando se aplica escrupulosamente no ofrece conflicto con los elementos de la concepción antropológica*, de manera que, en definición, la muerte no es sinónimo de equivalencia, sino que se acepta como muerte del individuo (Battro *et al.*, 2008: 55-64).

Pese a ello, es un tópico difícil de asumir en su discusión. Resulta curioso cómo algunos estudios en la comunidad han mostrado la resis-

tencia que tenemos para abordar este tema y en donde si bien la mayor parte de un grupo de encuestados lo identifica como un encuentro con un Dios o con un ser superior, hay otros que piensan distinto. El 55% de un grupo de entrevistados en la sociedad común está consciente pero no se ocupa de ello, y 16-20% temen hablar de la muerte, lo que identifica que aún no ha sido aceptado totalmente en la discusión de los aspectos tanatológicos por la sociedad. El elemento más importante de la muerte encefálica es que involucra la alteración cortical y cognitiva. Esto desde el punto de vista psicológico nos remonta al fenómeno de la extinción de la personalidad, y es uno de los elementos que más impactan al entorno ante la ausencia de una persona (Bering, 2006: 453-498, 2008: 34-41). El inicio de los procesos de duelo llevan implícita una tendencia innata a la preservación de la figura de la persona de acuerdo con sus cualidades cognitivas y espirituales, siendo que esto puede ser modificado por la cultura y se describe fielmente como lo decía el poeta Goethe; que *cada quien lleva el valor de su propia inmortalidad en sí mismo*.

Bajo todas estas consideraciones tendríamos que plantear y concluir que el concepto de ME implica una serie de condiciones bien definidas, con criterios propios, que es independiente de que se procuren o no órganos, que la ME implica la muerte del individuo, y que representa una definición útil para la toma de decisiones, sin incurrir en los extremos utilitaristas (Beauchamp, 2003: 269-274).

Que si bien prevalece el concepto de la teoría cardiocéntrica, gradualmente en la medida en que la información se maneja con claridad, la sociedad puede empezar a entender el concepto de ME sin que implique la fragmentación del individuo; sino que restituye el valor del encéfalo, no en una perspectiva reduccionista del órgano, sino como el órgano que es el centro de la vida de relación del individuo.

Para el caso de los trasplantes, la ME representa un triángulo o una encrucijada en donde, por un lado, tenemos a un individuo con el daño irreversible de un órgano pero con posibilidades de vida si es que éste se restituye, que es la figura del receptor; un individuo que no tiene opciones de vida pero que tiene órganos viables que ya no le son útiles, que es el donador; y un equipo humano entrenado técnicamente, y con una conducta ética que respalde su proceder para implementar los mecanismos que den lugar al trasplante. Exis-

ten diferentes ángulos o conexiones en este triángulo, y cada uno de ellos tiene relevancia humana, técnica y bioética. En la medida que logremos avanzar de una forma equilibrada en esta interacción, seguramente podremos ofrecer a la sociedad el trasplante como una alternativa terapéutica viable, justa y equitativa en un futuro inmediato (Ramos-Zúñiga, 2010: 361-368).

Bibliografía

- Battro, A., M. G. Bernat, G. Bousser, N. Cabibbo, C. Cottier y R. Daroff (2008). Por qué el concepto de muerte cerebral es válido como concepto de muerte. *The Pontifical Academy of Sciences*, pp. 55-64.
- Beauchamp, T. (2003). Methods and principles in biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 29: 269-274.
- Bering, J. (2006). The folk psychology of souls. *Behavior Brain Sci.* 29: 453-498.
- (2008). The end. *Scientific American Mind*, 19: 34-41.
- Bichat, X., ed. (1805). *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*. 18 vols. París.
- Bresnahan, M. J. y K. Mahler (2010). Ethical debate over organ donation in the context of brain death. *Bioethics*, 24 (2): 54-60.
- Bugge, J. F. (2009). Brain death and its implications for management of the potential organ donor. *Acta Anaesthesiol Scand*, 53 (10): 1239-1250.
- Burkle, C. A. Schipper y E. Wijidicks (2011). Brain death and the courts. *Neurology*, 76 (9): 837-841.
- Busl, K. M. y D. M. Greer (2009). Pitfalls in the diagnosis of brain death. *Neurocrit Care*, 11 (2): 276-287.
- Butler, A. (1991). *Vidas de los santos*. Madrid: Libsa.
- Carrel, A. (1914). The transplantation of organs. *New York Medical Journal and Medical Record*, 99: 839-840.
- Escudero, D., R. Matesanz, C. A. Soratti y J. I. Flores en nombre de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (2009). Muerte encefálica en Iberoamérica. *Medicina Intensiva*, 33 (9): 450-454.
- Gispert, J. (2000). *Conceptos de bioética y responsabilidad médica*. México: JGH Editores.
- Goldblatt, D. (2003). Ethical issues for neurologists. *Advance directives*. *Continuum*, 9 (4): 86-100.
- Hamer C. y M. Rivlin (2003). A stronger policy of organ retrieval from cadaveric donors: some ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*, 29 (3): 196-200.

- Informe Harvard (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): 337-340.
- Jennett, B. (1972). Persistent vegetative state after brain damage. *The Lancet*, 299 (7753): 734-737.
- Joffe, A. R. (2010). Are recent defences of the brain death concept adequate? *Bioethics*, 24 (2): 47-53.
- N. Anton y J. Blackwood (2010). Brain death and the cervical spinal cord: a confounding factor for the clinical examination. *Spinal Cord*, 48: 2-9.
- Kraus, A. y R. Pérez-Tamayo (2007). *Diccionario incompleto de la bioética*. México: Taurus.
- Ley General de Salud (2003). *Diario Oficial de la Federación*, 30 de junio, capítulo II, artículos 320-329, capítulo III, artículos 330-339.
- Ley General de Salud México (2009). *Diario Oficial de la Federación*. México, D.F., artículo 344.
- Lustbader, D., D. O'Hara, E. Wijidicks, L. MacLean, W. Tajik, A. Ying, E. Berg y M. Goldstein (2011). Second brain death examination may negatively affect organ donation. *Neurology* 76: 119-124.
- Marinoni, M, F. Alari, V. Mastronardi, A. Peris y P. Innocenti (2011). The relevance of early TCD monitoring in the intensive care units for the confirming of brain death diagnosis. *Neurological Sciences*, 32 (1): 73-77.
- Merrill, J. y J. Murray (1956). Successful homotransplantation of the human kidney between identical twins. *JAMA*, 160: 160-277.
- Molina-Martínez, F., S. Taronguá-Sánchez, A. Barceló-Artigues y A. Barceló-Roselló (2003). Muerte encefálica y donación de órganos. Revisión a la luz de la legislación española actual. *Rev Neurol*. 36: 771-780.
- Mollaret, P. y M. Goulon (1959). Le coma dépassé (mémoire préliminaire). *Rev Neurol*, 101: 3-5.
- Morris, J. (2004). Transplantation: a medical miracle of the 20th century. *N Engl J Med*, 351: 2678-2680.
- Pérez-Tamayo, R. (2005). La ley, la ética médica y los trasplantes. *Rev Invest Clin*. 57: 170-176.
- Ramos-Zúñiga, R. (2000). Muerte cerebral y bioética. *Rev Neurol*, 30:1269-1272.
- (2002). Criterios confirmatorios de muerte encefálica. SOMIAMA. *Revista electrónica de la Sociedad de Medicina Intensiva de Madrid*, 2: 238-246.
- (2010). Triángulo bioético del trasplante. *Cir Cir*, 78 (4): 361-368.
- Rollin, B. (2006). *Science and ethics*. Nueva York: Cambridge University Press.

- Ropper, A. H. y M. A. Samuels (2009). *Adams and Victor's principles of neurology*, 9a. ed. EUA: The McGraw-Hill Companies.
- Santillán-Doherty, P. (2006). Autonomía vs. altruismo o autonomía más altruismo. *Rev Invest Clin*, 58: 177-179.
- (2008). Ética y trasplante de órganos. R. Pérez-Tamayo, R. Lisker y R. Tapia, eds. *La construcción de la bioética*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 85-118.
- Veatch, R. (1975). The whole brain oriented concept of death: an outmoded philosophical formulation. *J Thanatol*, 3: 13-30.
- Varelas, P. N., M. Rehman, T. Abdelhak, A. Patel, V. Rai, A. Barber *et al.* (2011). Single brain death examination is equivalent to dual brain death examinations. *Neurocrit Care*, 15 (3): 547-553.
- Villaseñor-Cabrera, T., J. Ruiz-Sandoval y R. Ramos-Zúñiga (2008). Bioética y neurociencias. L. Díaz-Müller, ed. *Paz, tecnología y bioética*. México: UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas, pp. 217-250.
- Wijdicks, E. (2001). The diagnosis of brain death. *N Engl J Med*, 344: 1215-1221.
- (2010). The case against confirmatory tests for determining brain death in adults. *Neurology*, 75: 77-83.
- Varelas, P., G. Gronseth y D. Greer (2010). Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 74: 1911-1918.

FILOSOFÍA Y TRASPLANTE

«Muerte cerebral» y «muerte»: crítica a la definición propuesta por el comité de Harvard

El verdadero filósofo siempre está preocupado por la muerte y el morir
Sócrates

Introducción

Debido a que todo proceso médico relacionado con la práctica clínica o la investigación médica involucra a personas, es necesario determinar una serie de principios éticos generales que regulen, precisamente, la relación establecida entre aquellas en el marco que motiva su encuentro. En ese sentido, el *Informe Belmont* destaca los principios de respeto a la persona, la beneficencia y la justicia.

Uno de los puntos medulares para la discusión ética, legal, socio-económica y cultural en torno al asunto del trasplante de órganos es la definición y la concepción médico-científica de la muerte, en el sentido de que de ella depende, en la mayor parte de casos, la toma de decisiones de los involucrados.

La mayor parte de legislaciones del mundo occidental sobre trasplante de órganos y muerte cerebral o están basadas, total o parcialmente, o influenciadas por el reporte del comité *ad hoc* de Harvard dado a conocer en agosto de 1968. Asimismo, el diagnóstico y los protocolos para la declaración de muerte de una persona, llevados a cabo por las instituciones médicas, siguen la ruta establecida por dicho reporte que, actualmente, dentro de la ya amplia literatura sobre el tema, ha despertado una serie de cuestionamientos y discusiones en torno a los criterios y finalidades usados para definir la muerte. El presente escrito tiene como finalidad llevar a cabo un análisis crítico de

la definición de muerte cerebral presentada en el reporte del comité *ad hoc* de Harvard, resaltando los aspectos discursivos y ontológicos que subyacen a su propuesta. La idea que se sostiene en el presente artículo es que la definición de muerte propuesta está fundamentada en una visión reduccionista del ser humano que responde a intereses meramente utilitaristas y no a un intento teórico serio para dar cuenta del asunto de la muerte, preocupación que nos atañe a todos.

Problemas bioéticos en el trasplante de órganos

El trasplante de órganos, así como de muchos otros procesos médicos, implica la relación entre diversos agentes que están en contacto directo: por una parte, los médicos y, por la otra, el donador y el receptor de los órganos, así como sus respectivos familiares. Asimismo, junto a los agentes confluyen algunos factores que, en muchos de los casos, pueden ser concluyentes para la toma de decisiones: la ciencia y la técnica médica, los códigos jurídicos y éticos, los propios comités de ética, las visiones sobre la vida, la muerte, el cuerpo y el ser humano en general. Tales elementos están en gran medida determinados por la cultura particular de los implicados y, en conjunción con los agentes, posibilitan los escenarios donde surgen los problemas, cuyas soluciones y clarificaciones, además de otros, ensaya la bioética.

Existen intentos por sistematizar los problemas éticos originados en el proceso de trasplante de órganos para una mejor comprensión que permita una toma de decisiones lo más racional posible (por ejemplo, Veatch, 2000 o Santillán-Doherty, 2000). Revisaremos, *grosso modo*, algunos de esos problemas que son tratados de manera abundante por la bioética para ir abriendo el camino hacia el objetivo del presente artículo.

1) La justicia distributiva tiene que ver con la equidad en la distribución de los recursos (Hooker, 1999: 457). En el caso de los trasplantes de órganos, el problema de la justicia distributiva tiene, por lo menos, dos aristas: a) En dependencia con la justicia conmutativa,¹ se plantea la relación existente entre los costos que implica el trasplante y los beneficios de las políticas públicas establecidas para tales efectos. En los

¹ La justicia conmutativa tiene que ver con el intercambio de bienes e involucra salarios, costos y precios.

llamados países del primer mundo, donde se suponen altos niveles de vida gracias a la facilidad de acceso a los recursos, podría no representar un problema la inversión hecha para salvar la vida de una persona. Sin embargo, en países del tercer mundo, donde lo que priva son condiciones de escasez y problemas de distribución, no resulta tan evidente el hecho de utilizar recursos para salvar a una persona con el trasplante cuando dichos recursos podrían ser utilizados para salvar la vida de muchas personas² (Rivera, 2001). b) Dada la escasez de los órganos y las dificultades para su obtención, se convierten en bienes de suma valía y su distribución se torna problemática: de las muchas personas que necesitan un órgano ¿quién debe recibirlo?, ¿quién decide el destino del órgano?, ¿el que mayor necesidad tenga del órgano debido a su enfermedad?, ¿el que está primero en las listas de espera?, ¿quién sea más productivo para la sociedad?, ¿el que tiene más compatibilidad orgánica con el donante?, ¿existen criterios válidos para excluir pacientes, por ejemplo, un alcohólico o un suicida tienen menos derecho a un órgano por su condición?

2) Los trasplantes de órganos de otras especies animales a seres humanos, principalmente cerdos y primates, llamados «xenotrasplantes», han sido planteados como una posibilidad para dar cuenta de la escasez de la donación de órganos (Nuffield Council on Bioethics, 1996: i). Al respecto, los problemas éticos generados pueden ser expresados en las siguientes cuestiones: ¿qué tan aceptable es para los seres humanos usar a otros animales como fuente de órganos y piel para el trasplante? Si fuera aceptable éticamente tomar a los animales como fuente de órganos para el ser humano ¿qué tanto se tendría en cuenta el bienestar de los animales? ¿bajo qué criterios se determinaría quién recibe un órgano humano y quién recibe un órgano animal?, ¿cómo los xenotrasplantes podrían afectar la voluntad de donar de las personas? (*ibid.*: 8-9).

3) Dos son los tipos de donadores que se tienen contemplados para el trasplante de órganos: el donador vivo y el donador muerto. En el caso del primero, los problemas que surgen se relacionan de manera directa con el asunto de la autonomía de la persona y la propia moralidad

² Argumento que podría plantearse desde una visión utilitarista que busque «el máximo bienestar para el máximo número de personas».

de los donantes: ¿qué tan informado debe estar el donante para tomar la decisión de donar el órgano?, ¿existe algún tipo de coerción por parte de los médicos o de los propios familiares sobre el consentimiento explícito del donador?, ¿se respeta en toda su magnitud la autonomía del donante?, ¿qué tan válidos son los incentivos que pudieran inclinar la decisión del donante?, ¿bajo qué condiciones puede un menor de edad ser donador?, ¿pueden ser donadores aquellas personas con algún padecimiento mental?, ¿por qué una persona determinada no puede vender un órgano o recibir alguna compensación económica por él?³ Asimismo, dado que el donador no puede, según la legislación vigente, recibir una compensación económica por el órgano se debe determinar de manera clara cuáles son los riesgos implicados para el donador (OMS, 2010).

En el caso de la donación cadavérica, por obvias razones ya no se habla de consentimiento explícito, sino de consentimiento presunto; basta que no existan «razones para pensar que la persona fallecida se oponía a esa extracción» (*ibid.*, principio rector I, inciso b) y las determinaciones de los familiares del fallecido para usar sus órganos. Dado que la ley y las propias instituciones de salud establecen que previo a la extracción de los órganos se debe determinar la muerte del futuro donante, la pregunta que surge es ¿cuándo se considera que una persona está muerta? Como se verá más adelante, la pregunta se conecta de manera directa con el problema filosófico de la permanencia de las personas al paso del tiempo, *i.e.* la identidad personal.

Éste es, propiamente, el problema que guía la presente discusión. En lo que sigue, nos centraremos en revisar algunos de los elementos implicados en la discusión sobre la definición de la muerte con fines de trasplante, bajo la idea de que la determinación ontológica de la muerte o, eufemísticamente, de la pérdida de la vida,⁴ incide

³ Es interesante contrastar los principios éticos generales y, por ejemplo, los *Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos* con los casos particulares que surgen con la propia práctica médica del trasplante. Las preguntas surgen tanto en lo general como en los casos particulares.

⁴ Por ejemplo, la Ley General de Salud, vigente para la República Mexicana, no habla de «muerte», sino de «pérdida de la vida» (capítulo IV, artículo 343).

de manera directa en las valoraciones sociales, morales y éticas sobre el trasplante de órganos. Como tributo a Perogrullo, la «regla del donador muerto» implica la determinación ontológica de la muerte.⁵

Vida sólo hay una... ¿y la muerte?

Cuando se trata de enfatizar la importancia de realizar determinados actos en aras de disfrutar la propia vida, es dicho popular que «vida sólo hay una». De manera intuitiva, la gente postula, cotidianamente, la unidad⁶ de la vida anclada siempre a sujetos concretos y su temporalidad, rasgo este de carácter universal, en aras de «disfrutarla». La conciencia, casi natural, de la temporalidad de la vida es precisamente el elemento que nos permite enlazarla con la muerte o, mejor dicho, la muerte es la que permite establecer ese carácter de temporalidad de la vida. De ahí que Heidegger diga que «La muerte en su más amplio sentido es un fenómeno de la vida» (1927/1971: 269). En ese sentido, el fenómeno de la vida está íntimamente ligado con el fenómeno de la muerte; no puede entenderse el uno sin el otro. La relación entre la vida y la muerte, más allá de las representaciones filosóficas y literarias, se puede establecer de manera más rigurosa a partir de la propia investigación científica, afirmando, por paradójico que pudiera parecer, que la muerte forma parte de la vida: «Conviene que te enteres de que todas y cada una de tus células llevan genes programados para matarla en cuanto surja la necesidad, es decir, genes que se coordinan para matarla» (Cereijido y Cereijido, 1997/2011: 13). Dada la inseparable relación entre la vida y la muerte podemos decir que si «vida sólo hay una», entonces «muerte sólo hay una»; si la vida es experimentada siempre por un sujeto con-

⁵ La «determinación ontológica de la muerte» no se entiende en el presente como una búsqueda esencialista que dé cuenta de las características necesarias y suficientes para considerar muerto a alguien. De hecho, la idea del presente artículo apunta a la crítica del intento del comité de Harvard por presentar las características necesarias y suficientes de la muerte, dado que parte de una visión reduccionista del ser humano.

⁶ La unidad de la vida, en esos términos cotidianos, involucra dos sentidos: 1) la vida propia, de un sujeto concreto; 2) la vida como fenómeno global. Partimos de dichos sentidos y asociamos la idea de unidad a la de totalidad, en el sentido de sistema (Bertalanffy, 1976).

creto, la muerte es experimentada siempre por un sujeto concreto.⁷ Así, interpretar algunos hechos como importantes o valiosos, el «disfrutar la vida porque vida sólo hay una», se encuentra determinado por la presencia de la muerte como fenómeno único. Partiendo de lo anterior, destacamos algunos puntos con el objetivo de ir tejiendo las críticas a la propuesta del comité de Harvard.

Médicos y pacientes: entre el *shock* emocional y las camas

Si bien se puede hablar en términos abstractos de la vida y de la muerte como hacen los estudiosos de tales fenómenos, también es cierto que en las prácticas sociales la vida y la muerte son referidas siempre a sujetos concretos; «vive alguien determinado» y «muere alguien determinado». La relación entre, por un lado, el médico y, por el otro, los pacientes y los familiares de éstos, no suele estar permeada por un contacto íntimo, lo cual determina las decisiones que puedan ser tomadas al respecto. Con el fin de lograr niveles altos de objetividad –uno de los ideales de la ciencia positiva–, el sujeto concreto queda relegado a un segundo plano. A pesar de que los médicos se relacionan con sujetos concretos, su propia práctica implica una toma de distancia emocional con respecto a ellos para que no se interfiera con el tratamiento serio y objetivo de los pacientes. La mediación entre las dos partes involucradas se lleva a cabo gracias a los comités de ética de los hospitales, quienes evalúan los procesos tomando en cuenta a ambas. De ahí que en la definición de muerte presentada por el comité de Harvard encontremos expresados los intereses de los pacientes y familiares; en la primera de sus razones para definir el coma irreversible como criterio de muerte leemos lo siguiente:

Las mejoras en las medidas de resucitación y de apoyo han llevado a redoblar los esfuerzos para salvar a los heridos de gravedad. Algunas veces, estos esfuerzos sólo tienen un éxito parcial debido a que el resultado es un individuo cuyo corazón continúa latiendo, pero cuyo cerebro está irreversiblemente dañado. La carga es grande para los pacientes que sufren la pérdida permanente del intelecto, para sus familias, para los hospitales y para aquellos necesitados de camas de hospital que son ocupadas por estos pacientes en estado de coma (Ad hoc committee of Harvard, 1968: 337).

⁷ Es imposible morir la muerte de otro, así como es imposible vivir la vida de otro.

Se encuentran finalidades netamente médicas, que involucran a médicos y hospitales, —«las mejoras en las medidas de resucitación», «salvar a los heridos», «la carga es grande para los hospitales»—, pero también finalidades que contemplan a los pacientes y sus familiares —«la carga es grande para pacientes y sus familias», «la carga es grande para aquellos necesitados de camas de hospital»—. Fieles a cierta dosis de escepticismo, podemos decir que resulta engañoso el discurso; las circunstancias y necesidades de todos los involucrados parecen tenerse en cuenta, excepto las del propio paciente en estado de coma irreversible. Se nos dice que necesitamos redefinir el concepto de muerte desde el punto de vista médico porque: a) los pacientes en coma son una carga (*burden*)⁸ tanto para las familias como para los hospitales; b) necesitamos las camas de los pacientes en estado de coma para otros pacientes. El reporte de Harvard establece explícitamente que los pacientes en coma son una carga para las familias de éstos y para los hospitales; se concede que los médicos del comité resalten el *shock* emocional o las implicaciones económicas de las personas ante un familiar en estado de coma irreversible, lo que nos recuerda las «situaciones límite» planteadas por Foucault; sin embargo, no se concede la inferencia que se hace sobre la recepción de la situación por parte de los familiares. Del hecho de que exista una «sacudida emocional», o un fuerte gasto económico en la gente ante un familiar en situación de coma no se sigue que esa «sacudida emocional» vaya a ser interpretada por los «familiares» como una «carga». Nos encontramos ante una de las características de los problemas éticos: la subsunción de casos particulares en principios, reglas o normas con pretensiones universales. Tal es el caso de la definición de muerte presentada por el comité *ad hoc* de Harvard, que permea en las prácticas clínico-médicas y en las

⁸ El término connota un sentido fuertemente emocional, un sentimiento negativo hacia personas, hechos o circunstancias que afectan a las personas en aspectos diversos de sus relaciones con los demás: ser una carga para alguien, puede expresarse en referencia a circunstancias que involucran aspectos económicos, políticos, sociales, culturales, etc. En ese sentido, que un paciente en coma sea una carga para los hospitales involucra aspectos como los gastos generados, falta de espacios para ofrecer servicio a la mayor cantidad posible de pacientes, etc., así como los elementos propiamente emocionales.

legislaciones sobre la materia en parte de los países occidentales: las particularidades de las reacciones emocionales, y las implicaciones en términos económicos, de los familiares de pacientes en estado de coma se reducen a presentarse como «una carga». Con su redefinición de muerte, el comité de ética de Harvard toma la decisión de «liberar» a los familiares de dicha carga transformando el estatus ontológico del paciente: de «vivo» a «muerto». Aunado a lo anterior, un criterio instrumentalista aparece explícitamente en el inciso b: la necesidad de camas insta a la definición del concepto de muerte. No se niega la necesidad de espacios que tienen los hospitales ante el incremento de pacientes, pero la solución presentada por el comité implica una distinción axiológica aplicada a los pacientes: algunos valen más que otros.⁹ ¿Cuál es el criterio para determinar qué paciente merece una cama en lugar de otro? No hay un criterio explícito al respecto. Se podría objetar, precisamente, que el paciente en estado de coma no es en realidad un paciente, sino, justamente, «un muerto». Ello implicaría una argumentación circular y, por tanto, falaz; se supone lo que se intenta demostrar –la definición de muerte implica la propia idea de muerte–.

Médicos y científicos

Ahora bien, tratando de justificar los objetivos –el para qué– de la definición de muerte, se podría decir que el comité de Harvard tiene un interés estrictamente médico, por lo tanto, no se toma partido por el paciente, ni por los familiares ni por los hospitales, es decir, se define la muerte de manera objetiva. En este sentido, aparece involucrado un tercer elemento que cuestiona ese supuesto carácter de objetividad, privado de intereses mezquinos: el investigador científico de la medicina, la ciencia médica y no la práctica de la medicina.

La mayoría de los especialistas que defendieron el cambio no son en absoluto científicos en el sentido preciso de ser creadores de teoría [...]. Se trata más bien de personas que practican la medicina. Y estos profesionales podrían no estar defendiendo el cambio por cumplir el rol de construir teoría, sino simplemen-

⁹ El problema se presenta también en el trasplante órganos. ¿Quién «merece» un hígado? ¿Una persona enferma de cirrosis a causa del alcohol o una persona enferma de hepatitis viral?

te respondiendo a su constatación de que se necesitaba una definición que facilitase la adquisición de órganos frescos y más espacio en las unidades de cuidados intensivos (Green y Wikler, 1980: 112).

Si la definición de muerte del comité de Harvard es una definición científica, entonces debieron ser los científicos los que la elaboraron. Según Green y Wikler, el comité de Harvard no estaba compuesto de científicos, por lo cual, dicha definición no puede considerarse como una definición científica, objetiva y carente de intereses ajenos a la propia investigación científica. Al respecto, la conformación del comité de Harvard nos da una idea más clara sobre el hecho de que su definición propuesta no responde a criterios meramente científicos; además de los médicos involucrados, figuran un teólogo y un abogado como miembros.¹⁰ La misma conformación del comité de ética implica la necesidad de visiones heterogéneas, incluyendo aspectos legales, religiosos, culturales, etc., para una definición de muerte; es decir, la muerte al ser un proceso fundamental en la vida de los seres humanos implica las *Weltanschauung* que determinan nuestras formas de estar en el mundo. Por ello, no negamos la validez de los criterios médico-científicos presentados para definir la «muerte cerebral», lo que se cuestiona es que la muerte cerebral,¹¹ para el comité de Harvard, equivale a la muerte, un proceso mucho más general que involucra diversos aspectos. Así, el comité *ad hoc* incorpora las visiones de la práctica médica con las de la teología –una teología cristiana, por cierto, lo que implicaría también un reduccionismo– y del derecho; sin embargo, al mismo tiempo presenta discursivamente su definición como una con intereses estrictamente científicos. En lo que sigue, ahondamos más en esta última pretensión de científicidad que se ve reflejada en el discurso plasmado en el reporte del comité.

¹⁰ Si bien se podría discutir el carácter científico del derecho, no queda lugar a dudas sobre el estatus científico de la teología.

¹¹ Los elementos médicos que constituyen la constatación de muerte cerebral son: carencia de receptividad y carencia de sensibilidad para responder; ausencia de movimientos o respiración; carencia de reflejos; aplicación del electroencefalograma plano.

Muerte cerebral: las palabras y las cosas

Si bien la vida es una y la muerte es una, como fenómenos biológicos, se presentan en diversas formas y, según los individuos y las sociedades, modos de concepción, al grado de usar los términos para distintos ámbitos del hacer humano; en nuestra habla diaria aparecen expresiones con traslaciones semánticas como: «su *vida* social ha terminado», «ha *muerto* su carrera académica», «mi sentimiento de amor hacia ella ha *muerto*», «Pedro Infante no ha *muerto*; *vive* en nuestros corazones», «Juan trabaja mucho, ayer llegó *muerto* de cansancio», etc. En ese sentido, en el reporte del comité de Harvard, encontramos que:

Un órgano que no funciona más, el cerebro u otro, y que no tiene posibilidad de funcionar de nuevo está, para todo propósito práctico, muerto. Nuestro primer problema es determinar las características de un cerebro *permanentemente* sin funciones (Ad hoc committee of Harvard, 1968: 337).

Tenemos aquí un caso de metonimia que permea todo el reporte del comité. La metonimia es el proceso lingüístico por el cual usamos un término, «para designar a un objeto o una propiedad que se encuentra en una relación existencial con la referencia habitual de esa misma palabra» (Ducrot y Todorov, 1980: 319). El ejemplo de Ducrot y Todorov es tomado de Borges: «Llamaron a la puerta una voz y un nombre». La voz y el nombre refieren a un ser humano; las partes son tomadas por el todo. La metonimia se constituye pues como el cambio semántico a través del cual referimos una cosa, en su totalidad, por medio de una de sus partes; por ejemplo, se podría decir «Las mejores *piernas* en la historia del fútbol mundial son brasileñas». Dicho proceso lo encontramos en el reporte del comité *ad hoc*. La afirmación «un órgano que no funciona más, el cerebro u otro, y que no tiene posibilidad de funcionar de nuevo está, para todo propósito práctico, muerto» subyace a lo largo del texto fundamentando, precisamente, la muerte de los seres humanos, al identificar a éstos con su cerebro. En ese sentido, Requena-Meana afirma lo siguiente:

El término «muerte cerebral» es poco feliz, pues en su sentido literal indica que el cerebro «muere», o que «ha muerto». Pero esto no es ni un concepto médico, ni tiene una significación clara en un contexto no especializado. El médico habla

de «necrosis» (concepto anatomopatológico) o «disfunción» (fisiopatológico) de un órgano, pero no se refiere a un «hígado muerto» o a un «pulmón muerto» (2009: 129).

El ideal positivo de la ciencia establece la importancia de un lenguaje cada vez más libre de ambigüedades con la finalidad de llevar a cabo descripciones lo más objetivas posibles de los fenómenos que estudia; la utilización de términos con sentidos múltiples y/o vagos deben, pues, ser evitados. El término «muerte cerebral», según la cita hecha, pudo haber sido evitado debido a que la ciencia médica cuenta con los términos técnicos requeridos para la adecuada descripción de un órgano que ya no funciona (necrosis). A pesar de ello, el comité *ad hoc* mantiene el término «muerte cerebral», facilitando semánticamente la atribución de ese estado al todo.¹² En términos de la lógica, parece que nos encontramos con una falacia de composición: la atribución de estados, rasgos, características, propiedades de las partes de un todo a éste. Se muestra más absurdo si hacemos el ejercicio a la inversa: atribuir estados o propiedades del todo a las partes: «Juan está *necrotizado*, debemos ir a la funeraria» o «Juan ha *necrotizado*». Se podría objetar que la utilización del discurso de un modo o de otro no tiene un impacto fuerte en la manera cómo nos representamos el mundo. Contra ello, podemos aducir la misma definición de muerte discutida: la definición expresada, discursivamente, en el reporte del comité, ha sido incorporada a gran parte de las legislaciones occidentales y a los protocolos clínico médicos, identificándose precisamente la muerte cerebral con la muerte. Si se considera el antes y el después de la definición (las palabras), se encuentran las diferencias en *las cosas*, las prácticas clínicas, los procesos jurídicos relacionados y, sobre todo, en los rituales y comportamientos que conlleva la muerte de un ser humano. Así, el cambio semántico, el discurso, involucra, en diversos grados, el cambio ontológico.¹³

¹² La utilización «poco feliz» del término viene a apoyar el planteamiento de Green y Wikler sobre la no existencia de un interés teórico, científico, en la definición de muerte comentada.

¹³ La inversa también puede presentarse. A propósito de esto, se puede recordar el «cambio de estatus ontológico» de Plutón que «deja» de ser planeta.

El reporte del comité de Harvard se mueve en varios niveles: inicia con el título, «una definición del coma irreversible»;¹⁴ en seguida describe la definición de coma irreversible como un «nuevo criterio» para la muerte; a su vez, el coma irreversible se define como muerte cerebral; luego se muestran los criterios médicos de la muerte cerebral; si estos se presentan en el paciente, entonces «la familia y todos los colegas quienes han participado en las principales decisiones que conciernen al paciente, y todas las enfermeras involucradas, deben ser bien informados. La muerte será declarada y *entonces* el respirador será apagado» (Ad hoc committee of Harvard, 1968: 338). El paso de la «muerte del cerebro» a la «muerte del paciente», a pesar de ser gradual en el discurso aludido, permite establecer la equivalencia práctica entre las dos expresiones. Insistimos en que no se cuestionan las razones médicas para determinar la muerte cerebral, sino la identificación discursivo-ontológica de ésta con la muerte de todo el organismo. No mueren los órganos, muere el organismo; muerte sólo hay una, así como la vida.

Camas y órganos

En los apartados precedentes, se discutió la primera de las razones que impulsaron al comité de Harvard a definir el concepto de muerte, resaltando que ella se divide en dos: a) los pacientes en coma son una carga tanto para las familias como para los hospitales; b) se necesitan las camas de los pacientes en estado de coma irreversible. La otra razón aducida por el comité es: «Criterios obsoletos para la definición de muerte pueden dar lugar a la controversia para la obtención de órganos» (*ibid.*: 337). Los pacientes en coma irreversible, además de ser una carga y ocupar camas que otros requieren, son una especie de bodega surtidora de órganos. ¿Cuáles son los criterios obsoletos? No se plantea explícitamente en el reporte. Los criterios prevalecientes para el diagnóstico de la muerte previos al criterio de muerte cerebral giran sobre el eje de las funciones cardiorrespiratorias. ¿Son esos los criterios

¹⁴ Al ser una «definición» lo que el comité de Harvard plantea, se involucra de manera necesaria, aunque no suficiente, el lenguaje. Al relacionarse esa definición con hechos empíricos, la definición no es analítica por lo que se involucra de manera necesaria, aunque no suficiente, la ontología y la propia medicina.

prevalecientes que resultan obsoletos para la obtención de órganos? Si es así, entonces se nos muestra de manera más clara uno de los intereses para proponer un nuevo criterio definitorio de muerte: la obtención de órganos. El criterio de muerte cardiorrespiratorio establece que la muerte de la persona se presenta una vez que ha cesado toda actividad del corazón y de los pulmones:

El cese del flujo sanguíneo condiciona la pérdida de oxigenación de los tejidos, y por tanto su necrosis. El primer sistema que sufre la falta de oxígeno es el nervioso, y concretamente el encéfalo, que en pocos minutos presenta daños irreparables. El papel regulador de este sistema es tal, que su pérdida condiciona la imposibilidad de mantener la integración propia del organismo como un todo. Sucesivamente, la pérdida de flujo sanguíneo en el resto de órganos provoca la necrosis de cada uno de ellos, de los tejidos y las células que lo forman (Requena-Meana, 2009: 130-131).

Siguiendo el hilo de nuestra argumentación, resulta que el diagnóstico de la muerte cardiorrespiratoria involucra que dos valiosos órganos, el corazón y el pulmón, dejan de funcionar. Asimismo, una vez que se presenta la pérdida de flujo sanguíneo, comienza la necrosis de los otros órganos.¹⁵ Así, el diagnóstico de muerte cardiorrespiratoria imposibilita la extracción de órganos con fines de trasplante, cosa que el diagnóstico por muerte cerebral posibilita. Si bien es cierto que ambos criterios para el diagnóstico de la muerte siguen siendo usados, dependiendo del caso clínico que se presenta,¹⁶ también lo es que el comité de Harvard fue influenciado por el éxito del primer trasplante de corazón de humano a humano, llevado a cabo el mismo año en que se publica el reporte con la presentación de la nueva definición de

¹⁵ En México, la relación de trasplantes en el primer semestre de 2012 nos muestra que, en comparación con el de córnea y el de riñón, el número de trasplantes de corazón y pulmón es bajo: córnea, 231; riñón, 213; corazón, 41; pulmón, 8; corazón-pulmón, 2. Fuente: Centro Nacional de Trasplantes: www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/trasplante/Estado_Actual_2012.pdf. Consultado el 15 de enero de 2012.

¹⁶ La aplicación del criterio de muerte cerebral supone el respirador artificial.

muerte.¹⁷ La segunda razón alegada por el comité así lo acredita: el criterio cardiorrespiratorio no permite, legal y medicamente, extraer órganos; para efectos de trasplante se requiere una nueva definición de muerte. A partir del informe, la nueva definición de muerte permite legal y medicamente la extracción de órganos. Parece que dicho reconocimiento no tiene el mismo efecto en el campo de la ética, plano en el que se ha destacado la mayor parte de la discusión sobre el tema.

Enfatizamos, nuevamente, la idea de que no se cuestionan los criterios para el diagnóstico del coma irreversible o la muerte cerebral, sino la identificación de éstos con la muerte; es decir, la identificación de determinados hechos del mundo –carencia de receptividad y carencia de sensibilidad, carencia de movimientos y respiración, etc.– con un concepto –muerte– que se encuentra conformado por elementos de diversa naturaleza: significados sociales, culturales, religiosos, valores morales, relaciones emocionales, etc. El comité de Harvard, como ya se dijo, se mueve en varios planos: médico, lingüístico, biológico, ontológico, lo que no se explica de otra manera que apelando a las motivaciones e intereses que guían su propuesta de redefinición de la muerte: camas y órganos. Por ejemplo, Requena-Meana dice que lo propuesto por el comité de Harvard:

No es una nueva definición de muerte a la que se llega a través de un proceso deductivo. Aunque las causas de muerte sean variadas, hay una sola muerte del organismo (que coincide con la muerte de la persona). Algunos utilizan el término «muerte cerebral» como si quisieran desdoblar la muerte del organismo y la personal. Estos autores explican que, como el cerebro es el órgano esencial para la vida de relación, para lo propio de la persona, si muriese este órgano habría muerto la persona, aunque el corazón siguiera latiendo (2009: 130).

Efectivamente, no es una definición a la que se llega a través de un proceso deductivo. Sin embargo, en primer lugar, sí es una definición; así lo establece el propio reporte del comité *ad hoc*: a) la naturaleza del comité: «Reporte del comité ad hoc de la Escuela de Medicina de Harvard para examinar la *definición* de muerte cerebral»; b) el título del

¹⁷ También se debe reconocer que el criterio de muerte cerebral es utilizado aun cuando no se pretenda la extracción de órganos.

reporte es «Una *definición* del coma irreversible»; c) «Nuestro propósito principal es *definir* el coma irreversible como un nuevo criterio de muerte» (Ad hoc committee of Harvard, 1968: 337).¹⁸ Los objetivos principales del texto son, precisamente, primero, «definir», segundo, «examinar una definición», y tercero, «proponer una definición». El examen de la *definición* de muerte cerebral (a) se establece a través de la *definición* del coma irreversible (b), lo que *estipula* una definición como criterio de muerte (c).

Una definición estipulativa se debería reconocer como una propuesta o resolución de usar el *definiendum* para significar lo que significa el *definiens*, o como una petición o instrucción de hacerlo así. En ese sentido, una definición estipulativa tiene un carácter directivo, más bien que informativo (Copi y Cohen, 2004: 175).

La ecuación resultante del reporte del comité de Harvard es: $a = b = c$. La identificación entre «coma irreversible» y «muerte cerebral» se basa en una interpretación de hechos empíricos bajo los criterios médicos expresados en el reporte, lo que la constituye como una definición teórica (Copi y Cohen, 2004). La relación entre las dos expresiones anteriores y los hechos del mundo¹⁹ parece ser clara planteando dos nombres para esos hechos interpretados medicamente: la ontología subyacente a la práctica médica establece tal identificación. No sucede lo mismo con la identificación de «muerte cerebral» con «muerte» debido a que los hechos relacionados con «muerte cerebral» no coinciden con los hechos relacionados con «muerte», concepto éste de una amplitud mucho mayor que aquél. Sin embargo, el comité *ad hoc* establece dicha identidad en términos estipulativos, asignando así una nueva ontología tanto en la práctica clínico-médica como en las legislaciones de muchos países occidentales: el límite entre la vida y la muerte, el estatus ontológico del ser humano, se determina en términos discretos en aras de camas y órganos.

¹⁸ Las cursivas son nuestras.

¹⁹ Sobre la expresión «hechos del mundo» nos referimos a los criterios para el diagnóstico de muerte cerebral, enunciados en la nota 11, p. 51 de este capítulo.

Se podría objetar que si la identificación entre «muerte cerebral» y «muerte» no está justificada en el sentido señalado, entonces la identificación entre «muerte cardiocorrespiratoria» y «muerte» tampoco estaría justificada, debido a que ambas plantean criterios parciales aplicados al organismo humano: uno, en el cerebro y, otro, en el corazón y los pulmones. Sin embargo, valen un par de diferencias al respecto:

- 1) Una vez perdidas las funciones cerebrales, persiste la actividad en el corazón y los pulmones, ayudada por el respirador artificial,²⁰ manteniendo en funcionamiento, gracias a la actividad de éstos, a los demás órganos. Parece ser que la inversa no aplica: mantener la actividad cerebral una vez que el corazón y los pulmones dejan de funcionar.
- 2) El criterio cardiopulmonar, aplicado desde la antigüedad, no tiene objetivos polémicos como los ya citados.

Así, el cuestionamiento se dirige a la identificación mencionada debido a que ella se justifica no a través de la propia actividad científica, sino mediante los objetivos que persigue: camas y órganos. Sin embargo, de trasfondo en la discusión están involucradas formas de ver el mundo, ontologías, y valoraciones sobre la determinación del estatus del ser humano. Veamos.

¿Cabeza o corazón?: identidad personal y dualismo médico²¹

El problema de la identidad personal se refiere a la constitución de la persona y su persistencia, tanto para sí como para los otros, al paso del tiempo. Quine resume de manera atinada el problema:

²⁰ Existen casos en los que, una vez desconectado el respirador artificial, la actividad cardiorrespiratoria se mantiene por periodos diversos de tiempo.

²¹ La expresión «¿Cabeza o corazón?» refiere a dos cosas: a) Las expresiones cotidianas que reflejan la importancia de tomar una decisión con base en la razón (cabeza) o con base en elementos emotivos (corazón); b) El contraste entre dos visiones sobre «el centro» de la vida humana: William Harvey, quien planteaba que el corazón era el centro de la vida, y Rene Descartes, quien postulaba una visión mecanicista de la vida humana en la cual la razón era primordial.

La identidad es una fuente conocida de perplejidad filosófica. Sometido al cambio, tal como lo estoy, ¿cómo puede decirse que sigo siendo yo mismo? Considerando que, al cabo de pocos años, tiene lugar una sustitución completa de mi substancia material, ¿cómo puede decirse, en el mejor de los casos, que yo siga siendo yo, más allá de tal período? (1953/1963: 65).

¿En qué reside la identidad personal? ¿Cómo somos conscientes de la continuidad de las personas? ¿Cómo podemos afirmar que una persona es la misma en tiempos diferentes? ¿Es posible la persistencia del cuerpo? ¿Qué es lo que hace que un ser humano sea una persona? ¿Es la mente donde reside la identidad personal? Tales son las preguntas que han sido planteadas por grandes pensadores de la talla de Descartes, Locke, Hume y Leibniz, entre otros. Si bien la cuestión de la identidad personal presupone el concepto de «persona», en el presente escrito partiremos, en aras de la simplificación, de una noción intuitiva de persona que parte de la idea de que «todos» sabemos reconocer cotidianamente, cuando estamos frente a una. Sobre el problema de la identidad personal, se pueden ubicar, básicamente, dos posturas filosóficas: la tesis materialista y la tesis mentalista. Por materialismo entendemos aquellas posturas de la identidad que tienden a ubicar la *residencia* de la persona en el cuerpo organizado, entendido como una unidad físico-química, postulando la reducción de los «estados mentales» a estados y procesos cerebrales. Por otra parte, entendemos por mentalismo aquella postura que trata de ubicar la *residencia* de la identidad personal en una *mente*, que bien podría ser la memoria, el yo pensante cartesiano, la razón, la conciencia de sí, como apunta Locke. En ese sentido, tenemos ubicadas, por lo menos, dos ontologías que nos permiten determinar el estatus del ser humano como persona: o una persona es una unidad físico-química, que involucra el reconocimiento de sí como cuerpo, o es una mente, que agrupa procesos como el pensamiento, la memoria y la personalidad, etcétera.

Parecería sencillo ubicar el reporte del comité de Harvard en la postura materialista, debido precisamente a que, a lo largo del texto, se presenta una descripción de la muerte cerebral en términos físico-químicos, necesarios para la práctica de la medicina; es decir, que la definición de muerte presentada se inscribe en una concepción ontológica que comprende al ser humano como una unidad corporal que

puede ser explicada mediante procesos físico-químicos y biológicos. Sin embargo, desde el momento mismo que la muerte es identificada con la muerte cerebral encontramos elementos que nos permiten ubicar una ontología de cepa mentalista. El hecho de que la muerte sea diagnosticada a pesar de que las funciones cardiorrespiratorias se mantengan, a pesar de que el cerebro «muera», nos muestra que el comité *ad hoc* mantiene la idea de que la persona radica, sino en su mente, sí en su cerebro. Si estuviéramos frente a una ontología de cepa materialista, como la descrita, entonces ambos funcionamientos, el cerebral y el cardiorrespiratorio, serían usados en conjunción para el diagnóstico de muerte, concibiendo a ésta como esa unidad a la que apelábamos desde apartados anteriores: el comité no debió tomar posición *ni por cabeza ni por corazón* dado que ambas posiciones son reduccionistas. Si vida sólo hay una y muerte sólo hay una, y ambas son referidas a y experimentadas *por* sujetos concretos, entonces éstos deben ser considerados como una unidad, tal como el concepto biológico de organismo lo implica. Si bien es cierto que las nociones presentes en la tesis mentalista no aparecen, con excepción del término «intelecto» (*intellect*), emparentado en más de un sentido con aquellas, también es cierto que existe, en el reporte del comité, una explícita división del organismo humano en cerebro y corazón-pulmones. A la interrogante ¿cabeza o corazón?, el comité de Harvard responde: cabeza; a la pregunta por la residencia de la persona, responde, sin lugar a dudas: en el cerebro. Las experiencias mentales, así como los procesos físico-químicos que tienen lugar en el cuerpo humano, son atribuidos al cerebro, interpretándose éste como un «integrador» del organismo humano, biológica y culturalmente hablando (Shewmon, 1988). Pareciera que el dualismo ontológico defendido por Descartes se encuentra presente en la definición de muerte comentada; se cambian los términos y en lugar de decir «alma-cuerpo», «mente-cuerpo», se dice, «cerebro-resto del cuerpo». Para Henry Beecher, presidente del comité *ad hoc* de Harvard de 1968, lo humano en esencia es:

[...] personalidad, su vida consciente, su individualidad, su capacidad para recordar, para juzgar, razonar, actuar, disfrutar, preocuparse [...]. Tenemos prueba de que éstas y otras funciones residen en el cerebro [...]. Parece claro que cuando el cerebro ya no funciona, cuando se destruye, de la misma forma se

destruye el individuo; ya no existe más como persona; se encuentra muerto (Beecher, citado por Pérez-Tamayo, 2000: 101).

Tal es la tesis mentalista descrita por uno de los miembros del comité. Automáticamente, partiendo de dicha propuesta, pacientes con Alzheimer o anencefalia, pacientes psiquiátricos, etc., quedarían proscritos a tener otro estatus ontológico: ¿muertos?, ¿muertos a medias o medio muertos? ¿A veces muertos, a veces vivos? Concedamos, para fines argumentativos, que se pueda dudar de la capacidad de los casos citados con miras a la identificación de sí mismos como personas. Pero agreguemos que la identidad personal es un proceso de construcción por el cual se toma conciencia de sí como parte del género humano, lo que implica de manera necesaria la relación con el otro, mismo que mantiene su referencia como persona; el enfermo de Alzheimer, el paciente en estado de coma sigue siendo *Juan, Pedro, Luis*, para sus familiares, amigos, conocidos, los cuales mantienen la referencia identitaria del enfermo mediante su nombre.²² La consideración ontológica desprendida del planteamiento de Beecher implica un tratamiento moral diferenciado hacia los citados enfermos.²³ Esto se sugería líneas arriba cuando se analizaba el asunto de «quién merecía una cama».

Asimismo, de manera semejante a la Iglesia católica con el alma, los médicos del comité de Harvard identifican el cerebro como «integrador» de las funciones superiores del organismo humano: conciencia, pensamiento, vitalidad, etc. La Iglesia católica concibe la vida humana como una unidad de cuerpo y alma, radicando en ésta el centro de su existencia; es el alma quien infunde el «soplo divino» en un cuerpo inerte. En ese sentido, la Iglesia católica se plantea frente al problema de la vida y la muerte en términos del dualismo ontológico:

²² Dicha idea, a desarrollarse de manera detenida, se desprende de los trabajos sobre el nombre propio como designador rígido, planteado por Kripke, 1980.

²³ Históricamente, los ejemplos abundan. Considerar a las personas con un estatus ontológico distinto ha llevado a cometer los más grandes crímenes de la humanidad: «los bárbaros», «los indios», «los negros», «los judíos», son términos que implican una categorización ontológica expresada y apuntalada por el discurso.

Aquello por lo que cualquier organismo vive es su alma [...]. Porque el alma es el principio primero por el cual vivimos, sentimos y nos movemos; e igualmente el principio primero por el cual entendemos. Y así este principio radical de nuestras operaciones intelectuales, llámese mente o alma racional, ha de ser la forma del cuerpo (Tomás de Aquino citado por Beuchot, 1993: 16).

Si sustituimos «alma» por «cerebro», tenemos la tesis mentalista, reflejada en el reporte del comité de Harvard. No es gratuito que en el mencionado reporte encontremos citado al Papa Pío XII, casi al finalizar con relación a la finalización de la vida ¿Qué hace citada una autoridad eclesiástica en un informe científico?²⁴ El comité *ad hoc* cita, como autoridad que respalda su autoridad médica (!), a Pío XII, para «reforzar» su propuesta de definición de muerte: «La verificación del momento de la muerte puede ser determinado, en todo caso únicamente por un médico». La «cabeza», el alma, el cerebro, como fundamento ontológico de la persona; la muerte cerebral como muerte sin más; todo ello para la liberación de la carga de familiares y hospitales, la disposición de camas y la obtención de órganos para fines de trasplante.

Conclusiones

A partir del análisis llevado a cabo a lo largo del texto, concluimos el presente trabajo afirmando que:

- 1) Lo presentado por el comité *ad hoc* de Harvard en su reporte es una nueva definición de «muerte»;
- 2) Dicha definición responde al interés por instaurar una legislación y prácticas clínico-médicas que reditúen en facilitar espacios en hospitales y órganos con fines de trasplante;
- 3) La obtención de camas y órganos con fines de trasplantes justifica la postulación de una ontología que marca diferencias en la valoración de las personas;
- 4) La valoración de las personas como diferentes ontológicamente implica un tratamiento moral y ético diferenciados;
- 5) Dicho tratamiento moral y ético diferenciado no se corresponde con los valores de sociedades que apuntan a la generación de nuevas

²⁴ Uno de los miembros que integraron el comité de Harvard es teólogo.

formas de convivencia fundadas en la razón. Los valores resaltados en el reporte del comité de Harvard no responden a los principios destacados por el *Informe Belmont*: respeto a la persona, la beneficencia y la justicia.

- 6) El concepto de persona debe interpretarse desde una perspectiva unitaria, como un organismo, para no dar pauta a concepciones reduccionistas como las que permean la definición de muerte propuesta en 1968.

Reconocemos el importante papel jugado por el comité de Harvard en 1968 para ajustar criterios que permitieran la legislación y la regulación de prácticas médicas en relación con la donación de órganos. Sin embargo, debemos seguir fomentando el debate racional en aras de llevar a cabo los cambios que nuestra sociedad exige en materia de trasplante de órganos, bajo la idea de una ética que apunte a principios tan universales como sea posible y, al mismo tiempo, respondan a las necesidades de los involucrados. La reflexión ética no puede deslindarse de las consideraciones discursivas y ontológicas, ya que éstas inciden de manera directa en las acciones que nosotros, como sujetos concretos, llevamos a cabo.

Bibliografía

- Audi, R. (1999). *The Cambridge dictionary of philosophy*. 2a. ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death (1968). A definition of irreversible coma. *The Journal of the American Medical Association*, 205 (6): 337-340.
- Becchi, P. (2008/2011). *Muerte cerebral y trasplante de órganos. Un problema de ética jurídica*. Madrid: Editorial Trotta.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Benítez, L. y J. A. Robles, comps. (1993). *El problema de la relación mente-cuerpo*. México: UNAM.
- Beuchot, M. (1993). Reflexiones en torno a las relaciones alma-cuerpo en santo Tomás de Aquino. L. Benítez y J. A. Robles, comps. *El problema de la relación mente-cuerpo*. México: UNAM.
- Cerejido, M. y F. B. Cerejido (1997/2011). *La muerte y sus ventajas*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Copi, I. M. y C. Cohen (2004). *Introducción a la lógica*. México: Editorial Limusa.
- Ducrot, O. y T. Todorov (1980). *Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Green, M. B. y D. Wikler (1980). Brain death and personal identity. *Philosophy and Public Affairs*, 9: 105-133.
- Heidegger, M. (1927/1971). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hooker, Brad W. (1999). Justice. R. Audi. *The Cambridge dictionary of philosophy*. 2a. ed. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 456-457.
- Kripke, S. A. (1980). *Naming and necessity*. Oxford: Basil Blackwell.
- Ley General de Salud (2013). *Diario Oficial de la Federación*, 24 de abril.
- Nuffield Council on Bioethics (1996). *Animal-to-human transplants. The ethics of xenotransplantation*. Londres: Nuffield Council on Bioethics.
- OMS Organización Mundial de la Salud (2010). *Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos*. Consultado el 31 de diciembre de 2011 en: www.who.int/es/
- Pérez Tamayo, Ruy, Rubén Lisker y Ricardo Tapia, coords. (2000). *La construcción de la bioética*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Quine, W. O. (1953/1963). *From a logical point of view*. First Harper Torchbook Edition. Nueva York-Hagerstown-San Francisco-Londres, Harper and Row Publisher.
- Requena-Meana, P. (2009). El diagnóstico de muerte cerebral. *Persona y bioética*, 13 (33): 128-136.
- Rivera, E. (2001). *Ética y trasplante de órganos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Shewmon, D. A. (1988). Caution in the definition and diagnosis of infant brain death. J. F. Monacle y D. C. Thomasa, eds. *Medical ethics: a guide for health professionals*. Rockville: Aspen.
- Santillán-Doherty, P. (2000). Ética y trasplante de órganos. Ruy Pérez Tamayo, Rubén Lisker y R. Tapia, coords. *La construcción de la bioética*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Veatch, R. M. (2000). *Transplantation ethics*. Washington: Georgetown University Press.

Argumentación y bioética

El presente trabajo tiene la intención de mostrar las características que deberían estar presentes en la argumentación de una disciplina tan complicada como la bioética.

No se pretende dar consejos sobre qué hacer en la práctica argumental de la bioética; primero, porque, por lo general, cada caso está matizado y no siempre se siguen los mismos fines; segundo, porque se tratará de dar reglas generales de la práctica argumental en este ámbito.

Para lograr lo anterior, iniciaré con una sección que intenta problematizar el área de la bioética; pues, creo, sólo se presenta la argumentación cuando hay problemas a resolver; y en el caso que nos ocupa la argumentación se presenta en varios niveles, pues no se trata únicamente de una discusión teórica, sino, y de manera fundamental, sobre cuestiones prácticas en las que está implicado el valor de la vida y la calidad de la misma. Es claro que también existe un nivel teórico, que está interrelacionado con el nivel anterior, pero su importancia está subordinada a la de aquél.

A todo esto hay que agregar que existe una estrecha relación entre el problema y el tipo de argumentación que intenta solucionarlo. El análisis apresurado de los problemas nos lleva a no juzgar con cuidado los argumentos, al grado de calificar algunos de ellos como falacias. No creo que en la argumentación en bioética existan las falacias, al menos no como se presentan en los manuales de lógica o en las antologías de falacias no lógicas, y esto porque el contexto en que aparece la argumentación bioética es sumamente complejo.

Para precisar lo que he dicho es necesario que aparezca esta primera parte problematizadora.

En la segunda parte, presentaré una propuesta de los elementos que deberían considerarse en la argumentación bioética; esto lo haré exponiendo lo que entiendo por argumentación y siguiendo las pautas que nos proporciona el texto *Vértigos argumentales* del doctor Carlos Pereda.

La propuesta consiste en mostrar algunas de las reglas que sigue la argumentación, o lo que el doctor Pereda llama ciclos argumentales. Las reglas que se comentarán están en el nivel más básico de la argumentación: aquellas que pertenecen a la estructura misma del argumentar (reglas morfológicas). Finalizaré con un ejemplo de aplicación de los elementos señalados a un caso en bioética.

Los problemas en la argumentación bioética

La argumentación es una forma con la que podemos resolver nuestros problemas, quizá es la forma más humana que tenemos para hacerlo; pero nuestras aspiraciones de solución varían en función del problema que tratemos de resolver.

La solución, ante la discusión sobre la cantidad de fuerza mínima que hay que imprimir a un objeto para trasladarlo de un punto A a uno B, es diferente al de un problema ético; por ejemplo: el de establecer si el aborto se justifica moralmente. En el primer caso, la solución depende de aplicar métodos que permitan cuantificar los datos y por ello, hay una respuesta única (claro, según ese método); en el segundo caso, no existe un método que cuantifique los datos y por ello, no hay una sola respuesta; todavía más, en el primer caso podemos recurrir a la experiencia que nos permite confirmar nuestra respuesta, en el segundo esto es imposible.

Esto debe ser suficiente para hacernos ver que existen diferentes formas de argumentar y que las soluciones que nos brinda no siempre nos dejan igualmente satisfechos.

Entonces, ¿no es mejor hablar de argumentaciones en lugar de argumentación?

Una de las afirmaciones que aquí sostendré es que no, que la argumentación se presenta en diferentes formas pero existen rasgos generales que la hacen una.

Regresemos al asunto de la ayuda que puede prestarnos la argumentación; si lo que he dicho arriba es correcto, entonces, antes de hacernos

expectativas de soluciones por medio de la argumentación, debemos establecer cuál es el tipo de problema que nos hace recurrir a ella.

En el caso que ahora nos ocupa, y en pocas palabras, ¿qué es la bioética?

Como he dicho, el tipo de argumentación y las expectativas de ayuda que ella nos proporciona depende del ámbito de problemas al que la aplicamos. En el caso de la bioética, sucede que nos encontramos ante un intrincado cúmulo de problemas interrelacionados y no siempre bien definidos; esto es, en la bioética conviven problemas éticos, científicos, tecnológicos y jurídicos, de tal suerte que unos implican a otros y, en ocasiones, la línea que separa unos de otros es borrosa.

Lo que aquí intentaré es caracterizar la argumentación que debería suscitarse en la bioética; corresponderá a los actores directos de esta disciplina verificar si esto se cumple o no. Podría objetarse esta pretensión y decir que es más importante atender a la argumentación tal y como se presenta en esta área, pero los problemas que se intentan resolver con la argumentación son tan variados que cada caso no deja de estar matizado; lo que trae como consecuencia que un intento por atender a la argumentación práctica nos llevaría a construir un catálogo de ejemplos con poca conexión y carente de una explicación de su comportamiento.

De esto tampoco se desprende que voy a presentar una colección de estrategias argumentales exitosas o de buenos argumentos; no creo que en este tipo de argumentación se pueda llegar a fórmulas argumentales siempre exitosas o correctas, y lo mismo sucede con los argumentos.

Hay, por lo menos, dos formas de decir lo que es una disciplina; la primera consiste en buscar los rasgos que la definen o la caracterizan; la segunda es atendiendo a los problemas que intenta solucionar. En el caso que ahora nos ocupa, es mejor la segunda porque nos instala inmediatamente en la misma línea de la argumentación.

Así, iniciaré dando una imagen aproximada de lo que es la bioética, intentando proyectar tal imagen desde algunos problemas que la conforman y no desde una definición o desde un exclusivo punto de vista.

Como todos sabemos, en la bioética se conjuntan una serie de disciplinas que se apoyan pero que también generan problemas, problemas de índole diferente al que se podrían presentar en una disciplina aislada.

Pensemos en la clonación de seres humanos, aquí aparecen, por lo menos, problemas:

- a) relacionados con las técnicas y tecnologías usadas; es decir, los instrumentos y procedimientos para efectuar la clonación
- b) en cuanto a si es moralmente correcto o no efectuar la clonación; problemas éticos
- c) referentes con un código legal que permita o no, que se lleve a cabo la clonación; problemas jurídicos.

Esta presentación se complica, cuando nos damos cuenta de que cada uno del grupo de problemas tiene matices y que existe una interrelación, algunas veces más marcada que otras, entre ellos.

Así, quizá algunos acepten que la clonación humana se justificaría en determinadas circunstancias y en otras no; o algunos aceptarían que se justifica la clonación, pero, usando determinados procedimientos y otros no; o que jurídicamente se debería poner restricciones a algunas prácticas de clonación; es decir, todos estos problemas no se resuelven en un sí o un no.

Más aún, si se quisiera argumentar a favor o en contra de la clonación humana, habrá que considerar las necesidades y características de la sociedad donde se presenta el problema; lo que ocurre es que lo que se justifica moralmente y jurídicamente se hace sólo dentro de un contexto determinado, este contexto puede ser una ciudad, un estado, un país o toda la humanidad y puede ser en el 1970, 1990, 2010, etc., arrojando resultados, probablemente incompatibles. Lo mismo sucede con los procedimientos técnicos, la clonación humana antes de 1996 debió tener muy poco respaldo; pero después que fue clonado el primer mamífero su respaldo debió crecer y esto por una simple razón: era fácticamente posible.

Permítaseme, otro planteamiento, la donación de órganos con el fin de salvar vidas humanas.

¿Qué tipo de problemas están involucrados aquí?:

- a) los de procedimientos médicos
- b) los éticos
- c) los jurídicos
- d) los de gestión, entre otros.

Es claro que en los tres primeros puntos se presentarían situaciones similares al planteamiento anterior, sin embargo, aparece un nuevo elemento a considerar: cómo se «consiguen» esos órganos.

Esta «gestión» de órganos debe estar regulada jurídicamente, debe ser solidaria con un conjunto de valores morales y determinantes médicos. Sólo para ilustrar a más detalle lo que pretendo, pensemos en la cuestión de los valores morales.

Toda persona parte de un conjunto de valores que cree son los correctos o los más importantes o los adecuados o los mejores, etc.; y ellos son su punto de arranque argumental (cuando no se trata de un ejercicio escolar o una competencia de oratoria), además se cuenta con capacidades para la argumentación que difieren de individuo a individuo. Por estas razones, no me parece que la argumentación que se práctica en estas gestiones sean neutrales, ni que exista una igualdad en las posibilidades de persuasión; estas cuestiones condicionan la práctica argumental, de tal forma que quien tiene claro los valores que defiende y está «entrenado» en el debate y la argumentación tendrá una clara ventaja sobre quien no tiene esas condiciones. Más aún, generalmente el «gestor» (que es quien tiene las ventajas anteriores) se enfrenta a una persona que está emocionalmente vulnerable y ello acrecienta su ventaja.

Con lo dicho en estos dos planteamientos, no quiero decir que no se debe practicar la clonación ni que no se debe donar órganos para salvar vidas humanas; la finalidad es mostrar que la argumentación en bioética es mucho más compleja de lo que parece a primera vista.

Adelantando lo que propondré, esto se puede encerrar en una de las reglas morfológicas de la argumentación que nos propone el doctor Carlos Pereda: *Pensar poniéndose en el lugar de todos los demás*.

Así, la bioética se nos presenta como un objeto cuyos problemas están asociados a una multiplicidad de disciplinas, interrelacionados entre sí, de tal forma que los intentos de solución de uno de ellos debe hacerse considerando las implicaciones en las otras áreas. De la misma manera, la argumentación en la bioética será «multivalente», no existe un solo tipo de argumentación que solucione o intente solucionar los problemas de esta disciplina.

Veamos una última situación problemática sobre la argumentación en bioética. Al final de su libro *Bioética, derecho y argumentación*,

Atienza nos proporciona un anexo donde presenta una serie de ejemplos argumentales como falacias.

El primero de los ejemplos se refiere al hecho de que el Vaticano se opone a la libertad sexual por considerar que si se justifica una relación diferente a la que la Iglesia considera correcta, se tendría que aceptar, en esa línea de libertad sexual, la pedofilia. El buen Atienza descubre que esta inferencia no es correcta y «resuelve» el problema diciendo que: «bastaría, sin embargo, con precisar que ‘todas las tendencias sexuales’ deben ser interpretadas como ‘todas las que practiquen adultos y mediante consentimiento’» (2010: 104); y termina diciendo que con esto, el argumento presentado por el Vaticano, queda «desactivado».

Quizá crea que él es el único que sabe de argumentación y que de la otra parte tendrá humildes analfabetas; pero él comete el mismo error que ve en el argumento que critica. Según su análisis el problema reside en «la ambigüedad de la que casi siempre adolecen nuestros lenguajes» (*idem.*). Da el consejo y se queda sin él.

¿Qué es ser adulto? Y ¿el consentimiento no está determinado por la educación y madurez psicológica?

Aunque aquella vieja clasificación de propiedades primarias y secundarias es ya obsoleta, pensemos si el ser adulto es una propiedad objetiva de las personas, ¿cómo se determina que una persona es adulta? por la edad; pero ¿eso es mera convención? Imaginemos a una persona con retraso mental que accede a tener relaciones sexuales con un individuo «normal»; ¿si tiene más de 18 años entonces está justificado, y si tiene menos no? ¿Si es forzada entonces es un acto reprobable y si es con su consentimiento entonces no lo es?

En resumen, la ambigüedad de la que se sirve el argumento contra la libertad sexual es el mismo en el que cae Atienza. Podríamos decir que el «pecado» de este último es doble, no acepta el argumento del Vaticano por contener ambigüedad y cae en lo mismo, éste es un ejemplo de lo que Perelman llama «argumento de autofagia».

Lo interesante del caso no es exhibir a Atienza (todo aquel que escribe está en la situación de equivocarse), sino en reflexionar ¿por qué se equivoca? Creo que el primer problema es que no se cae en cuenta de que siempre partimos de un punto de vista para argumentar; y creemos que muchas de las cosas que decimos se sostienen por sí solas; este problema tiene su extremo cuando consideramos que nuestro pun-

to de vista es el único (y esto generalmente lo hacemos de manera inconsciente). El segundo problema, que no creo que sea el caso de Atienza, es que partimos de una visión del mundo que nos hace ver las cosas como buenas o malas; los liberales, generalmente, ven como mala la opinión de los conservadores, aún sin un análisis previo (y la inversa también es frecuente). Es decir, se parte del prejuicio de que la opinión distinta a mi grupo está equivocada.

Espero que lo dicho hasta aquí sea suficiente para mostrar que la argumentación está ligada al problema que se quiere resolver y que en el caso de la bioética el asunto es mucho más complicado de lo que podríamos pensar a primera vista.

Una propuesta para la argumentación en los problemas de la bioética

En primer lugar, me gustaría dar una idea de lo que entiendo por argumento, ya que éstos son los que constituyen los materiales de la argumentación.

Un argumento tiene una estructura en la que, en general, podemos reconocer tres partes constitutivas: premisas, inferencia y conclusión. Las premisas son los apoyos que se proporcionan para que aceptemos la conclusión; a su vez, la conclusión es una afirmación que presumimos se ha obtenido a partir de las premisas. Finalmente, la inferencia es el «paso» que nos lleva de las premisas a la conclusión.

Esto puede parecer elemental y hasta obvio, pero, los matices que se presentan en estas tres partes, marcan diferencias importantes, veamos.

Como sabemos, las premisas y la conclusión son proposiciones que es posible evaluar como verdaderas o falsas, como convenientes o inconvenientes, como deseables o indeseables, como lícitas o ilícitas, etc.; es decir, que las premisas y la conclusión pueden ser evaluadas de muchas formas en función de un contexto determinado. Así, en un argumento de lógica oracional, las proposiciones pueden ser evaluadas como verdaderas o falsas (independientemente que nos refiramos a una verdad lógica); pero, en un argumento político no podemos evaluarlas como verdaderas o falsas, sino, como convenientes o inconvenientes, o deseables o indeseables, etc. Por ejemplo, *P* (una oración en la lógica proposicional) puede ser verdadera o falsa; pero

«un partido de izquierda debe gobernar nuestro país» se podrá evaluar como conveniente o no, o como deseable o no, etc., pero no como verdadera o falsa.

La conclusión de esto es que las proposiciones que están involucradas en los argumentos no son evaluadas con los mismos criterios.

Pero aquí no acaba el asunto, las inferencias también tienen sus matices. Algunas veces la conclusión se deriva de las premisas de forma necesaria, otras de manera probable y otras veces ni de una ni de otra. No es necesario entrar en los detalles de este asunto; para mi propósito, es fundamental plantearlo aunque sea de manera general.

Así, un argumento es una estructura cuyos constituyentes están matizados.

Como ya se podrá adivinar, una de las tareas a realizar, para entender qué tipo de argumentos se presentan en la bioética, es ubicar el tipo de argumentos que están involucrados.

Pero, regresemos al asunto de los argumentos y la argumentación. Si los argumentos son los elementos a partir de los cuales se conforma la argumentación, ésta es la condición en la que se presentan los argumentos.

Por la diferente «naturaleza» de los argumentos, la argumentación también se torna diversa; no hay una sola «naturaleza» en la argumentación.

¿Qué significa esto? Que existe una variedad de formas en las que se presenta la argumentación, pero, esto no quiere decir que conformen pluralidades aisladas; más bien hay que considerarlas como un continuo, cuyos extremos son, por un lado, la lógica y la matemática pura y, por el otro, la argumentación «emocional».

Si es así ¿qué es lo que permite esa unidad en la argumentación? Respuesta: las reglas que la conforman.

Veamos algunas consideraciones generales sobre este asunto. Podemos considerar como una regla las condiciones en que surge la argumentación; y es que, como ya lo veía Aristóteles, no se argumenta de cualquier cosa:

No es preciso examinar todo problema ni toda tesis, sino aquella en la que encuentra dificultad alguien que precise de un argumento y no de una corrección o una sensación; en efecto, los que dudan sobre si es preciso honrar a los

dioses y amar a los padres o no, precisan una corrección, y los que dudan de si la nieve es blanca o no, precisan de sensación (1982: 105a).

En la cita se puede observar que el estagirita tenía en claro, como ahora lo es también para nosotros, que hay situaciones en las que no es conveniente argumentar: cuando es necesario corregir o cuando basta con la sensación para resolver el conflicto. Pero además, hay un punto que no notó Aristóteles (y no tenía por qué hacerlo) y es que los «lugares» en los que es necesario corregir y en los que la experiencia se puede usar como prueba, varía de sociedad a sociedad y de época a época. En nuestros días y en nuestra sociedad, un amplio grupo de personas no aceptaría que aquel que no honre a los dioses es necesario que se le corrija; de la misma manera que se justificaría, en nuestra sociedad y bajo ciertas condiciones, que algunos no amen a sus padres; o que la sensación sea digna de confianza en todos los casos; por ejemplo, la afirmación de que el Sol gira alrededor de la Tierra (basada en lo que nos «dicen» los datos que nos proporciona la vista).

De aquí que hay dos reglas, que podríamos llamar *reglas condicionantes*, en la argumentación: a) debe haber una disputa y b) la argumentación siempre se encuentra en un contexto determinado.

A parte de estas dos reglas, hay otros tres conjuntos normativos que determinan la argumentación: siguiendo (aunque no estrictamente) al doctor Carlos Pereda:

- a) Existen reglas que determinan la estructura de la argumentación: los elementos que la constituyen, cómo estos elementos intervienen en el proceso argumental, el tiempo que dura la argumentación, etc.
- b) Existen otras que determinan cuáles respaldos convienen en cada tipo de argumentación: la razón, la experiencia, la autoridad, etc.
- c) Otras más determinan cuáles esquemas argumentales son aceptables y cuáles no: la inducción, la deducción, etcétera.

Ilustremos esto con un ejemplo: en «la argumentación dialéctica», practicada en ejercicios escolares (*disputatio*), es necesario: a) un problema, por ejemplo, «la eutanasia se justifica moralmente o no»; b) dos personas que sostengan cada una de las posiciones (uno a favor y otro en contra); c) un rol de intervenciones, donde quede claro cuando le

toca intervenir a cada uno; d) saber cuáles estructuras argumentales son aceptables, por ejemplo, sólo aquellas que se construyan a partir de lo que el oponente sostiene, etc.; e) qué apoyos son pertinentes, por ejemplo, no se aceptan los argumentos de autoridad; f) un juez que dictamine quién es el ganador; y g) el tiempo que durarán las intervenciones de los dialogantes, así como la duración del ejercicio.

No hace falta ser muy agudo para observar que en otros tipos de argumentación el proceso es diferente; basta con pensar en la argumentación lógica.

De todas estas reglas (abundantes como se puede confirmar en *Vértigos argumentales*) me interesa comentar algunas de las que el doctor Pereda llama «reglas morfológicas» y entre ellas de manera especial las «virtudes epistémicas», porque creo que éstas, junto con las «presunciones», son clave para el tema que nos ocupa.

¿Qué es una virtud epistémica?

Estas consisten en rasgos de carácter, en disposiciones del proponente, del oponente y de quien controla el debate [...] pienso que indagar los atributos de quienes saben o argumentan contribuye a una comprensión más adecuada de las condiciones que hacen posible el saber, la argumentación (1994: 26).

Estas virtudes epistémicas son: la integridad epistémica, el rigor y el espíritu del rescate.

«La integridad epistémica» está conformada por dos de las máximas kantianas, que aparecen en la *Crítica del juicio*: «pensar por uno mismo», «pensar estando siempre de acuerdo con uno mismo»; sin embargo, lo más importante es que:

No obstante, «integridad epistémica» no es otra expresión para independencia intelectual y consistencia con las propias creencias, su concepto no se agota con los dos sentidos propuestos por las máximas kantianas; cuando se predica integridad epistémica de un sujeto, en algún sentido, se lo está aprobando...» (Pereda, 1994: 29).

¿Por qué se le aprueba? Porque la «integridad epistémica» implica sinceridad; y por ello, quien es portador de esta virtud confiamos en que no quiere engañarnos, que no tiene una intención oculta.

En el texto ya citado, el doctor Pereda hace un análisis de la palabra «rigor» y cae a cuenta de que en un sentido significa «justicia», por ejemplo, en la afirmación: «incluso en las ocasiones menos serias, Isabel habla de cualquier tema con rigor»; esta expresión, bajo la interpretación del doctor Pereda, significa que Isabel habla de manera justa aun en asuntos poco serios, dándoles su *justa* importancia.

Este «rigor» (como justicia) implica «no obsesionarse con rigidez a los pensamientos de uno, desatendiendo todo aquel pensamiento que no se encuentra en inmediata conformidad con los propios» y sigue diciendo:

Quien argumenta tiene que cultivar la atención curiosa y flexible en tanto no sólo debe ser capaz de informarse de los pensamientos de los otros, sino que también debe ser capaz de explorarlos con seriedad, considerándolos –al menos temporalmente– como alternativas genuinas al propio pensar (*ibid.*: 32-33).

Creo que no hay mucho que agregar; esta virtud epistémica evita que nos convirtamos en una especie de argumentadores autistas.

«El espíritu del rescate» es una regla un poco más complicada de exponer; esto se debe a su riqueza teórica y práctica. La regla, según la interpreto, tiene tres momentos decisivos:

- a) Hay que recoger la mayor cantidad de datos, pero cuidando que no «apunten» todos en una misma dirección. No se trata de recolectar datos que justifiquen una tesis, esto podría llevarnos a cerrarnos en una visión parcial del problema.
- b) Separa los datos que consideramos verdaderos y los que nos parecen falsos.
- c) Analizar los datos verdaderos y falsos. No basta considerar sólo los verdaderos para apreciar con justeza el problema; así como, no se puede apreciar el carácter moral de una persona, sólo atendiendo a lo que se considera como moralmente correcto.
- d) La «solidaridad intelectual», es una virtud compleja que no rehúye el desacuerdo, ni siquiera la polémica; después de todo, no hay argumentación sin el papel del oponente, más todavía, algunas veces actuar como abogado del diablo es una necesidad si no se quiere malentender la colaboración en tanto complicidad (*ibid.*: 35).

Sin embargo, apunta el doctor Pereda, sin esta «solidaridad intelectual» cualquier argumentación se detiene porque en ella, en el fondo, encontramos una colaboración que nos aconseja interpretar de la mejor manera lo que el otro propone, al grado de hacerlo mejor que quien lo propone.

Como se puede ver, esta virtud (el espíritu del rescate) nos lleva a considerar lo relevante de la argumentación e interpretarlo de la mejor manera sin rehuir a la discusión.

Comentemos dos reglas más:

La regla del *Indicio* es muy importante porque ella nos impele a tomar consciencia de que todo individuo inicia su argumentación desde una posición determinada:

Inevitablemente intervenimos en la argumentación a partir de un punto de vista. La expresión «punto de vista» alude a cierto situarse, a la posición que adopta quien argumenta para, desde allí, considerar los acontecimientos y los objetos, las emociones y los mismos argumentos: el punto de vista conforma un enfoque de la atención, atender interesado en cierta dirección. El punto de vista es un constituyente argumental básico y la regla que lo introduce debe incluirse entre las reglas constitutivas morfológicas que definen lo que es una argumentación, junto a las reglas que presentan al proponente, al oponente, al problema a disputar, al tiempo y a los controles de la disputa. Esta regla aplica a la argumentación el dictum de que no hay tal cosa como la observación de una tabula rasa: las observaciones son actividades que se llevan a cabo guiadas por expectativas. Nunca se empieza a argumentar desde cero. Pero las «bases», los «fundamentos» a partir de los que efectivamente se argumenta son casuales: aquellos que proporcionan la situación en que nos encontramos y la tradición de donde provenimos (*ibid.*: 94-95).

La última de las reglas que quiero comentar es la de la presunción. Según esta regla, existen dos niveles de la presunción: el nivel contingente y el necesario; este último es el que me interesa.

El nivel de las presunciones necesarias se divide en tres subtipos:

- La comprensión: quien hace una aseveración, considera que ésta es inteligible,

- La verdad: quien hace una aseveración considera que ésta es verdadera, y
- El valor: quien hace una aseveración supone que ésta es valiosa.

Como se ve, la regla de la presunción nos pone alerta contra aquellas argumentaciones que presumen de neutrales; contra esas posiciones que se escudan en la asepsia argumental.

Esto, quizá, puede molestar, pero si es así, se debe a una falta de reflexión o de sinceridad; o se trata de un juego. Sería imposible sostener una posición ininteligible, o manifiestamente falsa, o que no se considere importante, o todo esto junto.

Trataré de resumir lo que he dicho sobre las reglas y de aquí propondré lo que debería aparecer en la argumentación bioética.

Las reglas a las que nos hemos referido están en el nivel más básico de la argumentación, son ellas las que contextualizan y condicionan, inicialmente, las prácticas argumentativas.¹

Podemos presentarlas así:

- R_1 La argumentación siempre está contextualizada (por la época, el lugar, tipo de sociedad en donde aparezca y la tradición problemática que intenta resolver).
- R_2 Es necesario que exista un problema (hay situaciones en las que no se puede o no se debe argumentar).
- R_3 Hay que argumentar pensando por uno mismo y estando siempre de acuerdo con uno mismo; pero sobre todo, hacerlo con sinceridad.
- R_4 Hay que argumentar siendo capaz de explorar, los pensamientos de otros con seriedad, considerándolos –al menos temporalmente– como alternativas genuinas al propio pensar.
- R_5 En la argumentación se debe interpretar las palabras de nuestro interlocutor lo mejor posible (incluso, interpretándolas mejor que lo que lo hacen sus defensores), pero sin caer en la complicidad.

¹ Hay otras reglas que están presentes en la argumentación, y aunque importantes, sus influencias están en momentos posteriores. Por ejemplo: «las reglas inferenciales», sin establecer de que «naturaleza» son es imposible saber si los argumentos usados son pertinentes o no; sin embargo, esto pertenece a un momento posterior (al menos en el análisis) al que aquí me refiero.

- R_6 Toda argumentación parte de un punto de vista.
- R_7 Toda posición argumentada, para quien la sostiene, es inteligible, verdadera y valiosa.

Estas son las reglas que deberían aparecer en el inicio de la argumentación en la bioética, claro, matizadas por los problemas de las disciplinas que integran el entramado de sus problemáticas.

Antes de pasar a un ejemplo que ilustre lo que hemos dicho, es necesario hacer un par de consideraciones; la primera, se refiere al carácter práctico de los problemas en la bioética.

A diferencia de otros problemas filosóficos, los que atañen a la bioética son problemas «vivos», porque en ellos están involucrados el valor de la vida y la calidad de ésta.

La discusión sobre ¿qué es el conocimiento? o ¿qué es la realidad? son importantes para los filósofos, pero su grado de importancia es preponderantemente teórico; no así, problemas como ¿se justifica la eutanasia? o ¿debe ser obligatorio donar órganos para salvar vidas?

Este rasgo de la problemática bioética, le otorga un tinte de emotividad que no debe ser ignorado a la hora de analizar y evaluar los argumentos con que se intenta resolverlos.

El segundo, tiene que ver con los medios en que se expone o presenta la argumentación en bioética, y el asunto no es de poca importancia; no es difícil darse cuenta de que la argumentación que se realiza de persona a persona, es diferente a la que se presenta en los textos. Lo interesante en el caso de la bioética es que ambas prácticas argumentales son decisivas.

A pesar de ello, las reglas que dimos más arriba se siguen conservando, pero difiriendo en cuanto al énfasis que se les da a unas y otras.

Señalemos, brevemente, cómo se presentan (o deberían presentarse) estas reglas en el campo de la bioética.

Todo texto de bioética está dentro de un contexto (R_1) en dos sentidos, se escribe en un tiempo y lugar determinados y está inserto en una discusión. No existe un texto que haya sido escrito en ninguna parte y en ningún tiempo, y que además, no responda a una discusión dentro de una tradición.

Todo texto de bioética intenta responder a un problema (R_2). Se puede objetar a esta regla diciendo que hay textos de bioética que intentan

difundir o informar sobre los problemas que atañen a esta disciplina, es decir, que son textos de difusión y que, por esto, no intentan resolver problemas; pero se respondería diciendo que los textos de difusión o exposición, sólo ocultan los problemas, pero no los desaparecen.

Las siguientes tres reglas (R_3 , R_4 y R_5) dependen del texto analizado, pero se reflejarán en los *contra argumentos* presentados por el autor; y es que la sinceridad, la apertura y la buena intención, sin caer en la complicidad, son rasgos del sujeto que escribe y, por ende, varía de persona a persona y de situación a situación.

La regla R_6 , toda argumentación parte de un punto de vista, es una constante, aunque los puntos de vista puedan variar, el punto de vista donde inicia la argumentación lo podemos determinar al analizar la tesis que se sostiene. No hay un texto en bioética que no tome partido por una posición, aun los que pudieran parecer meramente descriptivos, no lo son; el seleccionar unos hechos y otros no, el presentar de determinada forma los sucesos, el titular el texto de una forma determinada, en todo esto encontramos el punto de vista del autor.

Creo que la última de las reglas (R_7) que hemos expuesto es otra constante (toda posición argumentada, para quien la sostiene, es inteligible, verdadera y valiosa), pues sería inconcebible que alguien se aventurara a escribir un texto que de entrada supusiera ininteligible, falso o no valioso.

Estas reglas que hemos expuesto (como ya lo habíamos dicho) están en la base de la argumentación en la bioética y por ello son fundamentales, pero no son los únicos rasgos que deben considerarse.

Podemos plantearnos a la bioética como una intersección de varios conjuntos de problemas, habrá problemas que se encuentran en el área de intersección del derecho y la técnica, pero eso no reduce una disciplina a la otra; igual sucede con las otras disciplinas involucradas en la bioética. Esto determina el tipo de argumentación que se utiliza (ya no la que **debe** utilizarse).

Además, el contexto nos dirá qué tipo de área es la que predomina sobre las otras, si se busca legislar sobre el uso de determinadas técnicas o si el uso de nuevas técnicas deben modificar la legislación, etcétera.

Imaginemos que estamos en el área de problemas más puramente ético-filosóficos, aquí los argumentos que se usan están constituidos por proposiciones que no pueden ser evaluadas como verdaderas o fal-

sas y, ni siquiera, generalmente, de manera bivalente (no hay sólo dos respuestas). En esta área la argumentación lógica es inútil.

Las emociones, los intereses, los prejuicios, las idiosincrasias, las voluntades, las políticas institucionales, entre otros elementos, deben ser considerados como decisivos en la argumentación. De tal forma que no es sencillo decir cuál argumento es una falacia;² primero, porque los argumentos usados en estos casos son siempre entimemáticos (incompletos); y segundo, porque lo más importante no es encontrar la verdad sino que se buscan otros objetivos. Por ejemplo, una persona necesita un trasplante de riñón; espera el órgano por cinco años, finalmente hay un donador compatible y se realiza la operación, pero en la intervención muere. ¿Fue correcta la decisión que tomó al «operarse»? Habrá quien diga que sí, pues aspiraba a tener una mejor vida y la que tenía no valía la pena; pero otros dirán, sufría pero estaba vivo. Se podría argumentar diciendo que él sabía de los riesgos y que prefirió el riesgo a la situación en la que estaba, pero una persona que se encuentra en un estado de sufrimiento generalmente no toma la mejor decisión. Con todo esto, sólo quiero apuntar las variantes que aparecen en este tipo de argumentación.

Creo que mucho de lo que he venido diciendo se aclara con un ejemplo «real»:

En la página de internet sobre educación en bioética de la UNESCO, aparece el siguiente texto que trata de reproducir un diálogo sobre donación de médula ósea.

La situación es más o menos ésta:

Hay una paciente que necesita de un trasplante de médula, «Grethe [...] sufre de una leucemia aguda. Grethe tiene 32 años y es madre de tres niños, para salvar su vida el tratamiento de elección es el de trasplante de médula ósea».

Si observamos, en esta breve descripción hay una elección de palabras («*sufre*», al utilizarse esta palabra se trata de hacer empatía con los lectores ¿a quién le gusta sufrir?; *tiene 32 años*, luego es joven; *tiene tres*

² Una falacia, o aparece por la ambigüedad de las palabras usadas o porque la conclusión no se sigue de las premisas; pero sobre entendiendo que estamos en un lenguaje donde es posible evitar la ambigüedad y que tenemos argumentos «completos».

hijos, luego su vida es doblemente valiosa) que intentan involucrarnos en el problema; podríamos decir que el lenguaje no es neutro y pretende movernos a las emociones.

Desde el punto de vista de la argumentación «científica», eso sería un problema; desde esta perspectiva, bastaría con decir que Grethe necesita un trasplante de médula ósea.

Pero en este tipo de situaciones el lenguaje no puede ser neutro; el lenguaje está cargado con nuestros puntos de vista y la inatención de persuadir a los demás de que es un problema importante. Busca pues, mover emociones y si no lo logra estará fallando en su propósito. ¡A mí, que me importa que Grethe necesite un trasplante de médula ósea, ni la conozco!

Siguiendo con el ejemplo, el aspecto emocional se refuerza, cuando sabemos que la única donante compatible es su hermana Kari. «Kari tiene 37 años y es retrasada mental. Estuvo viviendo en una institución para retrasados mentales toda su vida»; Grethe nunca se ha ocupado de Kari, y además, para hacer el trasplante se le debe someter a procedimientos que implican punciones y Kari le teme a estos procedimientos.

Así, hay una serie de valores que están en juego: la vida y salud de Grethe, la libertad, la voluntad y el estado psicológico de Kari, la responsabilidad de ayudar a los otros (cuando se puede) y la responsabilidad (en este caso irresponsabilidad) de la familia de estar al tanto de la salud (en este caso mental) de sus miembros; todos estos elementos repercutiendo en una pregunta ¿se debe forzar a Kari a donar médula ósea para su hermana?

El texto está dividido en cuatro secciones que narran desde las primeras reflexiones sobre las condiciones del caso hasta el momento en que Grethe se recupera de la operación del trasplante de médula ósea.

Por cuestiones de espacio es imposible reproducir aquí todo el diálogo; por lo que he seleccionado la parte que me parece más argumental: la «escena tres». Veamos su contenido y hagamos un breve análisis.

Esta parte del diálogo tiene lugar en la misma sala de reunión de la institución de Kari. El médico a cargo de Kari acaba de informar el resultado del test realizado en la muestra de sangre que se le extrajo previamente. Se está discutiendo sobre más procedimientos.

Participantes. —El médico de Kari, enfermera (guardián de Kari) y médicos de staff.

Médico de Kari. —Ahora que sabemos que Kari es compatible deberíamos tratar de hacerle comprender qué es lo que está en juego. Sugiero traer a su madre y que dos de nosotros con la enfermera (guardián) traten de lograr su consentimiento para que done médula ósea.

Enfermera. —Supongamos que rechaza cooperar, ¿estamos igualmente obligados a enviarla al hospital para realizar la punción de médula ósea?

Médico de Kari. —Toda persona razonable en una situación similar seguramente hubiera dado su consentimiento para actuar como donante. De eso estoy totalmente convencido.

Médico de staff. —Eso no es cierto. En la literatura de la donación de médula ósea y de órganos hay varios casos documentados donde miembros familiares cercanos han rechazado ser donantes. Supongamos que la situación sea la opuesta, que es Kari quien necesita el trasplante de médula y que su hermana prueba ser la única compatible y rechaza ser donante. ¿Cómo hubieran reaccionado entonces?

En esta parte del diálogo podemos encontrar tres cuestiones interesantes. En el primero, el «médico de Kari» cree que ésta debe donar, la razón de ello es que es compatible con Grethe; pero también porque cree que los demás comparten (con él) un supuesto (parte de una posición R_0): *toda persona razonable en una situación similar seguramente hubiera dado su consentimiento para actuar como donante*; supuesto que inmediatamente queda desechado. En un segundo momento, se introduce una situación hipotética: ¿qué sucedería si Kari no quiere donar? Aquí inicia la argumentación, hay un problema (R_2) que se considera importante solucionar; esta hipótesis funciona como un argumento contra fáctico y tiene el cometido de ampliar las situaciones posibles. En un tercer momento, el «médico del staff» refuerza la situación hipotética hecha por la enfermera; quizá la sola opinión de la enfermera no hubiera sido suficiente para que se iniciara la argumentación, ya que el contexto institucional le da un menor valor a su opinión comparada con la del médico. Además, la intervención del «médico del staff» contextualiza el problema usando como argumento de autoridad la «literatura en la donación de órganos».

Médico de Kari. —Yo seguramente hubiera tratado de persuadirla para que cambie su decisión. Emplearía toda clase de medios para hacer que comprenda. Finalmente si no lograra convencerla... bueno.... Entonces supongo que tendría que aceptarlo. No podría coaccionarla a cooperar. ¿No es así?

Médico del staff. —¿Entonces qué pasa con Kari? Supongamos que ella rechaza la intervención ¿encontrarías justificable realizar el procedimiento coercitivamente?

Médico de Kari.—Bueno, sí. Supongo que sí. Como ya he sostenido ella no conoce qué está en juego, de ningún modo. Nosotros sabemos cómo reaccionó la última vez que fue al dentista, ella no conoce su propio interés.

Médico de staff.—Supongamos que ella no rechaza, ¿cómo reaccionarías tú?

Médico de Kari.—Ciertamente me sentiría mucho más aliviado. Entonces todo estaría bien.

Médico de staff.—¿Vos crees que estaría todo bien? ¿Qué sabemos realmente sobre lo que entendió de lo que está en juego? ¿Es entonces un sí, necesariamente, una mejor confirmación de la habilidad de Kari para comprender la situación que un no? Ud acaba de decir que probablemente ella no comprende lo que está en juego, por lo tanto ¿por qué molestarla con una pregunta?

Médico de Kari.—Ahora nuevamente estás torciendo mis argumentos. Parece que te interesan más los argumentos que la salud de una madre de tres pequeños niños gravemente enferma.

La respuesta del «médico de Kari» a la hipótesis, elaborada por la enfermera, sugiere una posición claramente a favor de respetar la decisión de su paciente (R_6); sin embargo, hay una incompatibilidad en su posición (violación de R_3), pues ante la nueva intervención del «médico de staff» acepta que, como Kari no «conoce lo que está en juego», se debe forzarla a que acepte someterse al procedimiento y sustenta su nueva posición porque la última vez que fue con el dentista (aunque estaba ahí por su propio bien) no aceptaba someterse al tratamiento. Como se puede ver, esta variante de la primera posición del «médico de Kari» obedece a que ha ponderado, nuevamente, un elemento: *parece que Kari no puede determinar qué es lo que conviene*; curiosamente, el «médico del staff» no se da cuenta de esta incompatibilidad. Esto muestra lo alejadas que están estas formas argumentales de la argumentación formal; en los sistemas formales no es posible revalorar una premisa.

La nueva intervención del «médico del staff» saca a relucir la poca pericia de su colega; y es que le pregunta que si Kari acepta y el «médico de Kari» le contesta que entonces «todo estaría bien»; olvidando que el problema es que Kari «no conoce su propio interés». Luego, el que esté de acuerdo no resuelve el problema ético de la voluntad y libertad de Kari.

El «médico de Kari» reclama que están «torciendo sus argumentos» y en este sentido violando la R_5 , la discusión parece tornarse ríspida; sin embargo:

Enfermera. —No es justo que diga eso. No creo que mi colega sea una persona menos sensible que Ud. Creo que él como Ud y el resto de nosotros nos esforzamos para encontrar una salida viable para este dilema.

Médico de Kari. —Lo siento, realmente no medí lo que dije. Sólo siento que las acciones para salvar la vida deben tener prioridad sobre los argumentos teóricos.

Médico de staff. —Comprendo tu frustración y respaldo tu preocupación de luchar por la salud y la vida de un paciente grave aún al posible costo de nuestros principios y valores éticos, pero ¿no sería mejor para todas las partes si compartimos unos con otros nuestras dudas morales e inseguridades? No pienso que ninguno de nosotros realmente esté en posesión de la llave moral para resolver este dilema. Y ahora tenemos que tomar una decisión, ¿o no?

Enfermera. —Coincido totalmente con usted. Necesitamos tomar una decisión, pero así también necesitamos conocer nuestras dudas morales.

Médico de Kari. —Sí, claro que tenemos que hacerlo. Y cualquiera sea la decisión que tomemos, hay, lo admito, todavía cosas que permanecen opacas en esta historia. En eso, al menos, deberíamos coincidir.

Esta última parte obedece a la intervención de las reglas R_2 y R_7 , y una reconsideración de R_5 ; es decir, hay un problema «real», éste es importante y se deben interpretar las palabras en el «mejor» de los sentidos. Pero también aparece un rasgo que mencionábamos al inicio de ese trabajo, los problemas en bioética son «prácticos», es decir, cualquiera que sea la solución que se les da, se ve reflejada en una acción que afecta a una tercera persona.

El caso de trasplante de Kari, según, se narra en el documento, termina cuando ésta hace la donación a su hermana.

Conclusiones

La argumentación es un instrumento que empleamos para resolver muchas de nuestras diferencias; algunas veces «el campo de batalla» está claramente definido y los argumentos usados parecen tener una cierta uniformidad; en otras ocasiones, las diferencias a resolver se encuentran en «lugares» donde confluyen una serie de prácticas argumentales y la uniformidad desaparece.

Este último caso es el de la bioética, donde confluye la argumentación científica, tecnológica, jurídica y filosófica; y es que la toma de decisiones en este ámbito tiene repercusiones de orden teórico y práctico que afectan la vida social, el desarrollo tecnológico y la visión del mundo. Esto es lo que he tratado de dejar en claro en este trabajo.

Mientras en algunos ámbitos de la argumentación, ésta se presenta como «pura» y es, relativamente, fácil diferenciar entre un «buen argumento» y un «mal argumento»; en las soluciones a los problemas de la bioética, esta diferencia es sumamente difusa, al grado de parecer que, lo que es una falacia en la argumentación formal, se vuelve un buen argumento, si es eficaz.

Así, la argumentación en el campo de la bioética es un complejo entramado de problemas e intentos por solucionarlos, no siempre bien logrados. Pero ¿qué queda? ¿Debemos renunciar al estudio de la argumentación en este campo? Mi idea es que no.

Me parece que en la argumentación hay ciertas reglas argumentales básicas que permean toda la variada gama de prácticas argumentales y que permiten su «convivencia»; por ello es que el jurista, el científico, el filósofo, el técnico y hasta nosotros, seres humanos con un poco de sentido común, llegamos a conclusiones parecidas ante los mismos problemas. Algunas de estas reglas básicas, creo, son las que he expuesto en este trabajo, pero lo más probable es que no sean las únicas; queda pues, mucho por investigar en este fértil campo de la argumentación en la bioética.

Bibliografía

Aristóteles (1982). *Tópicos. Tratados de lógica*. Traducción de Miguel Candel Santamarín. Madrid: Gredos.

Atienza, Manuel (2010). *Bioética, derecho y argumentación*. Colombia: Temis. Disponible en: www.redbioetica-edu.com.ar.

- Pereda, Carlos (1994). *Vértigos argumentales. Una ética de la disputa*. México: Universidad Autónoma Metropolitana/Anthropos.
- Perelman, Ch. (1997). *El imperio de la retórica*. Traducción de Adolfo León Gómez Giraldo. Colombia: Editorial Norma.

Nociones para una fundamentación epistemológica del trasplante de órganos

¿Podríamos saber si a través de un trasplante prolongaremos la vida de un paciente? ¿Serán posibles los xenotrasplantes? ¿Tenemos certeza sobre la irreversibilidad de la muerte encefálica? Cuando un paciente afirma que conoce los efectos de un tratamiento, ¿dice la verdad? Estas preguntas versan sobre conocimientos de los que nos gustaría tener algún tipo de certezas a fin de poder tener un sistema de trasplantes mejor sustentado; pero un análisis detallado de las cuestiones nos conduce a uno de los debates clásicos de la filosofía que tiene que ver con las preguntas acerca del conocimiento.

Podemos entender la epistemología como la disciplina filosófica que se ocupa de problemas relativos al conocimiento. Se caracteriza por tener rasgos eminentemente filosóficos porque trata con nociones que impactan sobre el resto de las ciencias y aspira a encontrar una vía de solución a través de un proceso reflexivo. Entre algunos de los problemas más destacados que se pretende solucionar por medio de esta reflexión filosófica del conocimiento cabe destacar los siguientes: ¿podremos los humanos conocer?, ¿qué significa conocer?, ¿cómo se adquiere el conocimiento?, ¿qué cosas podemos conocer?, ¿podemos alcanzar la verdad?, ¿qué determina el conocimiento?, ¿podríamos tener certeza de que lo que decimos conocer se corresponda con la realidad?

La reflexión filosófica sobre el conocimiento es relevante porque la gran mayoría de las acciones y decisiones que tomamos los humanos se soportan sobre nociones que identificamos regularmente como conocimientos. En este sentido, cuando una persona con dolor de muelas asiste con el dentista para aliviar su dolor, lo hace porque cree saber que el dentista puede ofrecer una solución a su dolor; cuando una persona

reclama la cuenta en un restaurante, lo hace porque cree tener certeza en sus cálculos; cuando alguien realiza un proceso de inseminación artificial, es porque cree saber que es posible inducir modificaciones mediante el procedimiento empleado. La vida humana, y no sólo en su aspecto científico, se soporta en lo que llamamos conocimientos. Sin embargo, con mucha frecuencia nos enfrentamos con situaciones en las que actuamos creyendo que partíamos de un conocimiento bien sustentado, pero nos desilusiona darnos cuenta que estábamos equivocados.¹ En este sentido, el cuestionar nuestras fuentes, nuestras capacidades cognitivas, nuestras propias creencias y las ajenas, no solamente es un asunto de reflexiones metacientíficas o filosóficas de especialistas, sino que devienen en cuestiones con implicaciones de orden moral que tienen que ver con lo que decidimos hacer.

Durante el siglo XIX, la epistemología se identifica con la filosofía de la ciencia, en tanto que se distingue entre las creencias carentes de una base sólida o metodológicamente sustentada, de un saber científico que, se creía, cumple con las condiciones de ofrecernos certezas razonables. En este sentido la epistemología se centraba en tres vertientes principales: una preocupada por resolver los problemas del conocimiento directamente implicados en la ciencia, tales como sus métodos, las dificultades que ofrecen los objetos para ser conocidos y las limitaciones humanas para conocer; otra centrada en la preocupación por consolidar una epistemología científica y una tercera que, a partir del supuesto de que, si el conocimiento se expresa a través de proposiciones, entonces la investigación reside en las manifestaciones lingüísticas de exposición de los saberes.

Del primer enfoque podemos destacar algunas constantes tales como la imposibilidad de establecer un método universal, el reconocimiento del conocimiento científico como un saber imperfecto y susceptible de ser mejorado, la participación de factores extra científicos en la consolidación del saber científico, la influencia de factores de orden subjetivo, y el abandono de la consideración de la visión de la ciencia como un conjunto de saberes impolutos. Del segundo enfoque cabe destacar

¹ «Al hombre le corresponde únicamente la creencia en la verdad alcanzable, en la ilusión de que se acerca merecedora de plena confianza. ¿No vive él en realidad mediante un perpetuo ser engañado?» (Morey, 2009: 11).

el desarrollo de proyectos que, por analogía a los métodos de las ciencias naturales, pretenden describir la manera en que cronológicamente se constituyen los conocimientos y la forma en que el sujeto es capaz de incorporar los datos a través de sus recursos perceptuales y racionales; lo anterior acompañado de observaciones, métodos controlados y de verificación de las hipótesis presentadas. Respecto al tercer enfoque cabe destacar la asimilación de la influencia cultural en el reconocimiento del saber que es aceptado como confiable. En un sentido analítico los intereses de investigación pueden distinguirse, pero en un sentido lato podemos decir que las vertientes se complementan enriqueciendo los criterios de estudio para las exploraciones sobre el conocimiento.

El desarrollo científico y tecnológico actual ha venido a confirmar la radicalidad de la investigación epistemológica como soporte de los saberes que determinan las acciones humanas y, al mismo tiempo, ha generado nuevas problemáticas cognoscitivas. La ciencia en la actualidad se enfoca cada vez menos a la búsqueda de un saber por el saber; la apuesta por los saberes para algo es lo que motiva en gran medida la investigación y la inversión en la investigación. Esa modificación de objetivos, por sí misma, altera el panorama tradicional de la epistemología como una especie de retorno a los problemas originales de la teoría filosófica del conocimiento, es decir, podría demarcarse una transformación de la investigación por el conocimiento con el siguiente vector:

Preocupación por los problemas del conocimiento en general →
preocupación por los problemas del conocimiento de orden científico
→ preocupación por los conocimientos del conocimiento general que
implican conocimientos de orden científico.

En los intereses comunes de conocimiento podemos englobar inquietudes de tipo económico, moral y político, que en la actualidad no son soportadas solamente como inquietudes subjetivas o culturales, sino en tecnologías que respaldan su proceder en conocimientos científicos. Es decir, las preocupaciones epistemológicas actuales no hacen referencia, o no debieran hacer referencia, solamente a saberes de orden puramente científico ya que la misma ciencia se ve influenciada por motivaciones de orden extracientífico. La preocupación por el saber qué, cede paulatinamente su lugar a las preocupaciones por el

saber cómo (Ryle, 1949) y, al tratar de responder al saber cómo, en la solución a las inquietudes de orden moral, económico o político, les resulta más importante que genere los resultados esperados que decir la verdad acerca de algo.

Para ejemplificar lo anterior, consideremos el siguiente ejemplo: a un ciudadano que sufre de insuficiencia renal y requiere un trasplante, a él, a sus familiares y a los médicos que lo atienden les interesa remediar la enfermedad; la técnica desarrollada para el trasplante de riñón, evidentemente, se soporta en un saber de orden biológico, sin embargo, el interés último se centra más en saber si es posible la cura, independientemente de poseer un conocimiento verdadero acerca de las implicaciones que fundamentan el proceder, es decir, existe un predominio del saber cómo sobre el saber qué. Por parte del equipo hospitalario, podrán tenerse desconocimientos sustanciales, sin embargo, la posibilidad técnica de realizar trasplantes y satisfacer la esperanza de vida supera la preocupación por tener un saber bien fundado en fenómenos de orden anatómico. Con lo anterior, no pretendemos desestimar el valor del saber científico ya que la búsqueda del saber práctico, como el del caso presentado, necesariamente se apoya en la ciencia.

De lo anterior se infiere que la preocupación práctica o moral de restituir la salud, impulsa la investigación pura, pero al mismo tiempo la consolidación de las expectativas prácticas se hace posible mediante la investigación orientada a la búsqueda del saber.

Bioética y epistemología

La bioética es una forma contemporánea de reflexión moral que ha revolucionado la reflexión ética tradicional en varios sentidos: en primer lugar, no es una reflexión general acerca del bien porque delimita su interés a aspectos relacionados con lo vivo; en segundo lugar, su ámbito de estudio, a pesar de su circunscripción, genera constantemente nuevas delimitaciones; en este sentido, habrá reflexión de la bioética sobre el medio ambiente, sobre los animales o sobre aspectos médicos, y sobre los aspectos médicos se generan reflexiones sobre el dolor, la enfermedad o, como es nuestro caso, sobre el trasplante de órganos. En tercer lugar, podemos decir que la reflexión bioética no puede quedarse en el ámbito teórico, porque debe ofrecer soluciones viables que con frecuencia se materializan en decisiones, cosmovisiones o legisla-

ciones. En cuarto lugar, la bioética no es una reflexión ética que sólo integre a filósofos, antes bien, la bioética implica y ocupa el interés de las personas involucradas en problemáticas éticas en torno a la vida; de hecho, no solamente son profesionales de alguna disciplina los que se encuentran liados a la bioética ya que el común de los ciudadanos, desde su perspectiva o experiencia, generan elementos para abordar cuestiones en esta forma particular de reflexión moral.

Los estudios de bioética coinciden en atribuir su paternidad a Van Rensselaer Potter quien en 1979 escribe un libro titulado *Bioethics: the science of survival* (Villalaín, 2001; Tomás Garrido, 2001: 39). Cabe destacar este momento histórico porque la reflexión filosófica y científica de este periodo atraviesan por momentos en los que el auge de la tecnología, aunado a la consolidación de nuevos modelos de producción industrial y el nacimiento de tendencias pragmáticas en educación, conducen a nuevas actitudes de concebir las finalidades de las actividades intelectuales humanas, en las cuales la búsqueda de la verdad parece dejar de ser el derrotero central y, ahora, su lugar comienza a ser ocupado por los intereses particulares y de producción. En el caso de la filosofía, las tendencias que relativizan el conocimiento, basadas en la negación de una racionalidad universal, aunada al predominio de visiones epistemológicas que ponen en primer plano de la reflexión aspectos de orden contextual, histórico y subjetivo, conducen a centrar la actividad intelectual, ya no en la esencia del ser de los entes, sino en los sujetos que hacen posible la reflexión del ser de los entes. Pero los sujetos al ser entes particulares, nacidos en contextos históricos singulares y bajo condiciones culturales diversas, difícilmente pueden encontrar un criterio que realice juicios valorativos o cognitivos que lleven a un acuerdo universal. Podemos decir que una de las alternativas que encontró la filosofía en su crisis del siglo XIX, con el desprestigio de la metafísica y el auge del cientifismo, fue un fuerte enfoque historicista, que hace depender la verdad o el conocimiento de factores de orden subjetivo. En este sentido, Horkheimer distingue entre una racionalidad objetiva, tendiente a encontrar el orden en los fenómenos humanos naturales, de una racionalidad subjetiva, propia de la época contemporánea, que relativiza el conocimiento en función de los intereses individuales o prácticos (1967/2007: 18-23).

Sin embargo, este ambiente de escepticismo difícilmente puede prosperar cuando los humanos, sea en el ambiente individual o social, debemos tomar decisiones sobre la realidad y nuestra propia vida y esperamos que dichas decisiones se encuentren lo mejor soportadas posibles. Como una alternativa a los movimientos relativistas y subjetivistas surgen las propuestas que buscan establecer criterios de validez temporal del discurso. Dicha validez encuentra un soporte en la organización lógica de las alocuciones, es decir, una propuesta científica es admitida como válida en tanto que no se encuentre una contradicción en los elementos que integran la demostración de la proposición, pero además, en tanto que dichas proposiciones se correspondan con la realidad empírica. Sin embargo, si decimos que dichas propuestas tienen una validez temporal es porque, si existe una proposición alternativa que niegue la primera, igualmente soportable racionalmente o con evidencias empíricas diferentes, entonces la nueva proposición puede ser considerada seriamente como una opción ante las creencias que la preceden.

Ante la presencia de hechos que en condiciones similares ofrecen efectos o manifestaciones distintas, la descripción inicial de los fenómenos puede dejar de ser considerada vigente. En este sentido, por ejemplo, la consideración de la definición de muerte encefálica como muerte, ha sido comprendida por diferentes filósofos y médicos (Escalante, 1996) como una concepción eminentemente práctica ya que es una alternativa para evitar un desgaste inútil ante una muerte general inminente y la realización de los trasplantes. Ahora bien, la proposición «la muerte encefálica es muerte» podemos analizarla en los dos sentidos, esto es: en su coherencia lógica y en su correspondencia con los hechos. Pero antes cabría establecer una pregunta: ¿puede un razonamiento sólido establecerse al margen de los hechos? O dicho de otra manera, ¿sirve o dice algo la lógica si no hay un objeto o acción al cual hagan referencia los conceptos utilizados? El silogismo clásico aristotélico que habla sobre la relación entre la humanidad mortal y el Sócrates mortal, a fin de ser considerado como un razonamiento sólido, tendría, en primera instancia que admitir como verdadero el hecho de que los humanos somos mortales y el carácter humano de Sócrates. En otras palabras, decir que Si de todos los H son M y S es H se infiere que S es M, solamente tiene sentido y nos dice algo acerca del mundo real si admitimos previamente que «H es humanidad», «M es mortalidad» y «S significa Sócrates» pero, además,

debemos admitir, al margen de razonamientos, que entre H y M, y entre S y H, existe una relación que se corresponde con la realidad. En otras palabras, un razonamiento con pretensiones de decir algo acerca del mundo empírico, debe, en primera instancia, admitir como verdaderas, proposiciones a partir de una relación sensible con los hechos. Ahora bien, un argumento elemental, para admitir a la muerte encefálica como muerte, podríamos presentarlo en los siguientes términos: si la muerte encefálica conduce al inevitable e irreversible cese de las funciones vitales y un cese inevitable e irreversible de las funciones vitales implica la muerte, entonces la muerte encefálica implica la muerte. La anterior inferencia será aceptada como verdadera y será motivo de acción y posibilidad del trasplante a partir de la donación cadavérica en tanto que no exista un dato que invalide alguna de las premisas. Por ejemplo, si en un futuro (no sé si cercano, o muy lejano) la investigación biomédica desarrollase una técnica que sustituyese las funciones del sistema nervioso, o restituyese las áreas infartadas, entonces al parecer la creencia en el carácter inevitable e irreversible de las funciones vitales, a causa de la muerte encefálica, dejaría de ser considerado como un principio que motive las creencias y la acción.

En resumen a partir de datos aceptados como verdaderos de los cuales desprendemos un razonamiento formalmente válido, son un soporte sólido para la acción y las creencias, sin embargo, no podemos presumir de que su validez tenga un carácter universal, ya que un nuevo descubrimiento o un hecho alternativo, que invalide las creencias de partida, puede ser un motivo suficiente para dejar de admitir la fuerza de los principios que motivan la acción.

Epistemología y trasplante de órganos

Como punto de partida considero apropiado definir de una manera general el trasplante de órganos como una tecnología. La distinción es importante en varios sentidos ya que, mientras una ciencia tiene como objetivo central la búsqueda de saberes ciertos, en el caso del trasplante la finalidad es satisfacer la intención de evitar una muerte prematura, evitar gastos infructuosos y evitar dolores inútiles. Por otra parte, podemos definir una tecnología como la materialización de un objeto o una acción para satisfacer una intención humana, fundamentado en conocimientos científicos. La definición del trasplante como

tecnología implica retos mayores que las pretensiones científicas porque no solamente debe ocuparse de los saberes confiables sino que tiene que interactuar con intenciones de tipo moral y social, así como encontrar soluciones coordinadas para problemas concretos. Es decir, no basta con saber teóricamente que es posible realizar un trasplante, es necesario generar las condiciones que hagan posible la realización de los trasplantes, coordinando el saber formal de orden biológico, con intenciones, convenciones y posibilidades sociales.

Desde un punto de vista epistemológico, debemos distinguir la pretensión de saberes en dos sentidos entre el saber qué y el saber cómo, siendo el primero propio de la ciencia y el segundo, propio de las técnicas. La tradición filosófica alemana de la primera mitad del siglo XX cuestionó fuertemente que se hubiese dado un cambio de rumbo dando por sentado que la pregunta por el cómo había destronado a la pregunta por el qué (Marcuse, 1964/1985: 137). Sin embargo, nosotros no creemos que estemos ante una situación de preguntas mejores o más humanas, sino ante una situación de complementariedad de pretensiones, es decir, las genuinas preguntas de la ciencia acerca del qué, se enriquecen con el avance de la técnica y la misma tecnología alcanza mejores niveles de satisfacción de las intenciones en la medida que se nutre de las certezas que se aportan a través de la ciencia. Para ejemplificar la anterior afirmación, veamos algunos párrafos de la descripción histórica presentada por Diego Gracia sobre el homotrasplante (trasplante entre sujetos de la misma especie):

El intento de trasplantar fluidos, tejidos u órganos de unos seres humanos a otros tiene una larga historia que es difícil de datar [...] Hunter [en el siglo XVII] trasplantó diferentes órganos, en general sin éxito [...] Los homotrasplantes no comenzaron a tener una base científica más que con los progresos de la inmunología. Especialmente importante es, a este respecto, el descubrimiento de Karl Landsteiner, en 1901 de los diferentes grupos sanguíneos (1996: 15).

Este breve apartado de los textos de Gracia nos dan cuenta de la manera en que una intención práctica, impulsa la investigación científica y, posteriormente, esta preocupación por el saber qué, repercute en el cómo de manera más eficiente al verse favorecida de un conocimiento más consistente sobre el organismo.

Con mucha frecuencia las intenciones de la técnica toman distancia de las intenciones ineludibles y se abocan a la creación de necesidades superfluas que a la postre no repercuten en el beneficio de la sociedad, sino en el beneficio de unos cuantos. Sin embargo, creemos que esta discusión es digna de ser analizada en otras investigaciones; en nuestro caso, para el análisis de los aspectos epistemológicos que se encuentran implicados en los trasplantes de órganos, nos proponemos sugerir el siguiente punto de partida: si estableciéramos una escala valorativa de las necesidades humanas, una gran mayoría nos inclinaríamos a sostener que aquello que es importante para estar vivo es máspreciado que aquello que puede ser prescindible para vivir. Así pues, la alimentación, la salud y la protección de las inclemencias del tiempo, en periodos de crisis, son más valoradas que la educación, la información o la vivienda, a pesar que en otros momentos unas y otras prioridades pudiesen ser complementarias (una buena educación es indispensable para una buena salud). En este sentido, podríamos afirmar que aquellas acciones que van encaminadas a la satisfacción de estas necesidades primarias o de sobrevivencia, difícilmente pueden ser cuestionadas moralmente cuando su objetivo es realmente genuino. Con frecuencia entramos en duda cuando pensamos si se debe juzgar con la misma severidad a un hombre que roba alimentos por hambre, a otro hombre que roba objetos no indispensables para vivir. En este sentido, pues, el trasplante de órganos implica un conjunto de acciones orientadas a la satisfacción de necesidades vitales, esto es, la salud. No es un acto superfluo ya que, casi para todos los casos que lo requieren, si no se realiza el trasplante, entonces sigue una muerte prematura, lo cual es contrario al afán de procurar la satisfacción de necesidades vitales. En otras palabras, el trasplante de órganos es una técnica imprescindible para la satisfacción de las necesidades vitales de los individuos que lo requieren. No es un capricho, no es una necesidad superflua, no puede ser vista como una técnica generadora de necesidades prescindibles ya que desde el paleolítico el hombre procura la salud y la búsqueda de medios para atender esta intención humana que ha prevalecido en todos los tiempos y en todas las culturas; en otras palabras, la utilización del ingenio humano para preservar la vida y actuar en consecuencia es importante para los hombres. Ciertamente es que antes de que el trasplante fuese una posibilidad real, no era visto su tratamiento como una necesidad, pero lo mismo podemos decir de otras enfermedades que

acosaron a la humanidad, cuya vía de alivio fue visto como necesaria, después del momento en que se generaron alternativas de aliento.

El hecho de que un tratamiento no sea imprescindible para la mayoría de la humanidad, no lo hace menos prioritario; nadie dudaría que un episodio de gripe deba ser atendido a pesar de que la mayoría del tiempo no tengamos gripe, o que la apendicitis deba ser tratada, a pesar de que la mayoría de los humanos no padezcan de esta inflamación mortal. En este sentido, el trasplante se presenta como una actividad necesaria sólo para aquellos que lo requieren para vivir y cuando las situaciones contextuales lo hacen posible, es decir, en aquellas regiones del planeta en las cuales no existe un sistema de salud que incluya el trasplante entre sus tratamientos, el trasplante no es una necesidad primaria. En un sentido similar, cuando los países con sistemas de salud de amplia cobertura, el trasplante no era más que un tema de ficción, el trasplante no podría ser considerado como una necesidad primaria. Con lo anterior nos reencontramos nuevamente con el carácter dual de una tecnología; esto es, su dependencia de factores de orden social (sistema de organización de sistemas de salud) y la dependencia del desarrollo del saber médico (en sentido científico). De esta manera, la práctica del trasplante debe conciliar ambos elementos de la práctica técnica: factores de orden social y factores de orden científico. Es una dependencia que no admite exclusiones y ambos requieren un análisis integral para su comprensión.

La perspectiva analítica nos permite comprender principalmente desde un aspecto meramente científico los fenómenos involucrados en el trasplante, sin embargo, como hemos insistido, para alcanzar el objetivo técnico esta perspectiva es fragmentaria. Pero con el fin de lograr la explicación de la interacción entre moral y ciencia intentaremos distinguir las preguntas por el qué de las preguntas por el cómo, para finalmente mostrar la mutua dependencia. Dividiremos, a manera de ejemplo, algunos de los cuestionamientos en cuatro tipos de interrogantes: prioritariamente científicos, técnicos, sociales y morales.

Prioritariamente científicos. La pregunta por el qué busca explicar el estado de las cosas; respecto a los trasplantes, podemos entonces realizar los siguientes cuestionamientos: ¿qué significa morir?, ¿qué es la muerte encefálica?, ¿qué órganos son indispensables para vivir?, ¿qué es el sistema inmunológico?, ¿en qué condiciones se puede diagnosticar un órgano como enfermo? Como puede inferirse de las interrogantes,

el preguntar se orienta a la obtención de datos objetivos de la realidad con que se interactúa.

Prioritariamente técnicos. ¿Es técnicamente posible el trasplante de órganos?, ¿qué órganos y tejidos es posible trasplantar?, ¿es posible revertir los efectos del sistema inmunológico?, ¿de dónde deben obtenerse órganos para el trasplante?, ¿es posible el diagnóstico de un órgano enfermo?, ¿qué tipos de trasplantes son posibles?, ¿es posible evitar el rechazo?, ¿podemos diagnosticar sin equivocaciones la muerte encefálica? Este tipo de preguntas se orientan a la obtención de un saber práctico, esto es, a recabar información que permita justificar un criterio de acción.

Prioritariamente sociales. ¿Es costosa la realización de los trasplantes?, ¿deben los sistemas de salud incluir entre sus tratamientos a los trasplantes?, ¿debe invertirse en la investigación sobre trasplantes?, ¿cómo deberíamos legislar en el caso de los trasplantes? Con estas interrogantes se pretende conciliar los valores y pretensiones sociales con la práctica médica.

Prioritariamente morales. ¿Qué certeza podemos tener sobre la auténtica voluntad de un donante?, ¿podemos saber si la donación es altruista? Ante la escasez de órganos, ¿qué principios y saberes deben privilegiarse para la creación de un sistema justo?, ¿qué criterios deben tomarse para la exclusión?, ¿qué es una vida de calidad?, ¿con el trasplante se mejora la calidad de vida de un paciente?, ¿debe hacerse un trasplante a quien lo necesite para seguir viviendo? Estas preguntas implican la búsqueda de equilibrio entre los individuos con la cultura, la práctica y el saber.

Como podemos observar, debiera ser característico de una tecnología racionalmente diseñada e implementada, el considerar los diferentes factores inscritos en las diferentes categorías que hemos enlistado, de lo contrario, el sistema tecnológico puede conducir a un fracaso irremediable. Si tomásemos cualquiera de las preguntas enlistadas con anterioridad, pronto evidenciaremos que para responderla necesitamos incursionar en otros niveles de reflexión.

Conclusiones

El trasplante, al presentarse como una tecnología reconocida socialmente como importante para atender uno de los derechos fundamentales del hombre, requiere un enfoque epistemológico que precise la naturaleza de los problemas, los campos disciplinares que lo integran y

los criterios que han de seguirse para afrontar las interrogantes que de aquí se generan.

Respecto a la naturaleza de los problemas ya hemos señalado que su solución no es competencia solamente de la medicina ya que en esta trama se encuentran implicados valores, intereses sociales y factores tecnológicos y científicos, en donde cada uno de ellos tendría algo que aclarar desde el ángulo en que se enfoque el problema. Pero más interesante aún resulta el reconocer que existen interrogantes que apuntan en la misma dirección, por lo cual se hace necesario un trabajo integral que concilie y enriquezca las posibilidades de solución.

Es importante señalar, siguiendo a Rolando García en su trabajo sobre los Sistemas complejos, que «un sistema complejo es una representación de un recorte de la realidad, conceptualizado como una realidad organizada, en la cual los elementos no son separables y, por tanto, no pueden ser estudiados aisladamente» (2006: 21). Siguiendo esta caracterización, parece razonable definir el trasplante de órganos y tejidos como un sistema complejo ya que, como hemos mostrado es un conjunto de disciplinas que convergen en el análisis de las interrogantes abordadas. Sin embargo, resulta casi imposible pretender que el especialista del derecho, por ejemplo, se ocupara y aprendiera cuestiones quirúrgicas o el especialista en ética, desviara el centro de sus investigaciones a cuestiones de orden económico. Es cierto que tanto un especialista como otro, cuyo tema de análisis resulta común, deben comprender algunas nociones y problemáticas en común, pero, ¿cómo lograr la convergencia disciplinar en la búsqueda de la resolución que resulta común a diferentes enfoques?

La propuesta de la interdisciplinariedad en este sentido no solamente resulta conveniente, sino necesaria. Dicho supuesto parte de una propuesta estructuralista que reconoce la autonomía de las ciencias, pero al mismo tiempo admite que hay dificultades que requieren el trabajo de otras investigaciones aparentemente distantes a su campo de estudio. Esta es una característica de los sistemas complejos, tal como lo identificamos en el caso de los trasplantes. García define la interdisciplina como «la integración de diferentes enfoques disciplinarios, para los cuales cada uno de los miembros de un equipo de investigación sea experto en su propia disciplina. En este caso, el equipo de investigación es multidisciplinario»; y más adelante agrega... «la interdisciplina como

«el estudio de problemáticas concebidas como sistemas complejos» (*ibid.*: 32-33). Dicho enfoque no requiere que una disciplina abandone los aspectos que la hacen específica, sino que, les permite concebir una problemática desde la perspectiva específica, teniendo como marco de referencia en el equipo interdisciplinar un margen común de problemas y conceptos, que permitan vislumbrar las distintas aristas problemáticas del sistema en cuestión.

El reconocimiento del trasplante como una manifestación de la tecnología biomédica pareciera, en primera instancia, resolver interrogantes cognitivas de orden práctico, sin embargo, una intención práctica se satisface de manera más eficiente cuando se tiene un conocimiento más objetivo de las entidades implicadas, en este sentido, no es posible renunciar a los saberes científicos que fundamentan una práctica tecnológica. De manera similar, dado que las tecnologías se materializan en las sociedades, difícilmente podrán alcanzar su reconocimiento cuando se manifiestan al margen de los aspectos legislativos y axiológicos que soportan la dinámica de la sociedad y los individuos. Por lo anterior, una fundamentación epistemológica de los trasplantes de órganos sólo encuentra un criterio de estudio en el trabajo interdisciplinario con la intención de integrar saberes que, de distintas perspectivas, permitan alcanzar un equilibrio que haga posible la materialización e implementación del trasplante como una técnica reconocida importante en el ámbito de la salud.

Bibliografía

- Escalante Cobos, J. L. (1996). La definición de muerte. Javier Grafo, ed. *Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas/Fundación Humanismo y Democracia.
- García, R. (2008). *Sistemas complejos. Conceptos, métodos y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.
- Gracia, D. (1996). Historia del trasplante de órganos. Javier Grafo, ed. *Trasplante de órganos: problemas técnicos, éticos y legales*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas/Fundación Humanismo y Democracia.
- Horkheimer, Max (1967/2007). *Crítica de la razón instrumental*. Buenos Aires: Terramar Ediciones.
- Marcuse, H. (1964). *One dimensional man*. Boston: Beacon. Versión al español: *El hombre unidimensional*. México: Planeta, 1985.

- Morey, Miguel (2009). *Philosophiae desconsolatio*. Carlo Michelstaedter. *La persuasión retórica*. Madrid: Sexto Piso.
- Ryle, G. (1948). *The concept of mind*. Londres: Hutchinson. Versión al español: *El concepto de lo mental*. Barcelona: Paidós, 2005.
- Tomás Garrido, G. M., coord. (2001). *Manual de bioética*. Barcelona: Ariel.

Problemas éticos en los trasplantes de órganos

El tema de los trasplantes como procedimiento médico con fines terapéuticos ha dado expectativas para mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes que están posibilitados para recibir un órgano o tejido.¹ Un sistema de trasplantes involucra aspectos médicos, morales, afectivos, legales, culturales, sociales o económicos, en los cuales intervienen distintos actores, entre ellos pueden identificarse: donante y receptor (y sus allegados), personal sanitario y administrativo. Los trasplantes son un tema que incumbe a la sociedad en general, ya que demanda recursos económicos públicos, además de que todos estamos en posibilidad de llegar a ser donadores o receptores. «Los diferentes actores sociales se han visto obligados a opinar frente a esta nueva disciplina médica de los trasplantes, tal vez buscando regular y validar socialmente, lo que en la práctica ya ha sido adoptado plenamente por el mundo sanitario».² Sin embargo, cuando se necesita analizar y discutir el tema desde una perspectiva ética-filosófica no podemos quedarnos en las opiniones sociales, pues habrá que reconocer asuntos que demandan mayor profundización para que sean validados tales como: fundamentar un posicionamiento para examinar las bases en las que se

¹ Básicamente consta de dos procesos: donación, el donante (vivo o cadavérico) debe cumplir con una serie de requisitos médicos, legales y supuestos éticos, los cuales convergen finalmente en un documento llamado *consentimiento informado* y el trasplante, es el procedimiento quirúrgico de extirpación del órgano del donante para insertarlo en el receptor.

² Disponible en: www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_21_2/24_Algunas%20reflexiones%20eticas_Burdiles.pdf

justifican las tomas de decisiones; justificar los criterios de asignación; ponderar los beneficios y riesgos morales, ya sea estimados o provocados, en las creencias que se mantienen sobre la muerte.

En la ética se han planteado una gama de teorías que justifican y orientan la acción moral. Entre las que destacamos, por orden de exposición y no por orden cronológico: el utilitarismo, el deontologismo, y el principialismo. Por ejemplo, en la práctica de los trasplantes puede evidenciarse la presencia de argumentos orientados a la regulación en la venta de órganos, o la justificación de una actitud de difusión del altruismo y gratuidad de los mismos, o también una serie de alternativas en las que se matizan ambas propuestas. De ahí la relevancia de mostrar en esta ocasión un estado de la cuestión sobre algunas prácticas y de cómo estas teorías éticas dan cuenta o problematizan el tema de los trasplantes.

El enfoque utilitarista frente a los trasplantes de órganos

El presente apartado constará de una breve contextualización de la ética utilitarista, teoría clásica de la filosofía y una de las propuestas de mayor presencia en la bioética.

La teoría ética utilitarista ha tenido una expansión y ramificación desde su propuesta clásica hasta la actualidad. Enseguida se mostrarán sintéticamente las líneas más generales que la fundamentan:

- a) Es consecuencialista. Uno de los criterios para juzgar que una toma de decisión es correcta se determina por medio de la ponderación de las posibles consecuencias en la gama de opciones.
- b) Es imparcial. La determinación de lo correcto implica, una postura neutral hacia las partes implicadas con el más óptimo de los resultados (de felicidad o bienestar).
- c) Su principio rector es la utilidad. Su guía de acción es procurar el máximo beneficio (o felicidad en el utilitarismo de acto) para el mayor número de involucrados, evitando o buscando el menor perjuicio.

Parece que el utilitarismo da por hecho que el agente moral es responsable y consciente de su posición como un miembro más de la sociedad, elementos que lo facultan para tomar decisiones éticas; lo anterior será el supuesto para que la acción moral pueda ser justificada bajo los criterios del utilitarismo.

Como se ha podido dar cuenta, la teoría ética del utilitarismo presenta una serie de preceptos sobre lo éticamente correcto o justificable. Dichos preceptos, en la práctica pueden representar un desafío, ya sea que surjan incertidumbres prácticas, lagunas teóricas, o incluso que se presenten dilemas éticos, cuya resolución requiere un análisis profundo frente a otras problemáticas éticas.

A continuación se expondrán tres problemas éticos paradigmáticos relacionados con la práctica de los trasplantes: el primero tratará sobre la aceptación o no de la muerte encefálica y, por consiguiente, su permisibilidad en la petición de órganos para la donación; el segundo tiene que ver con la anuencia o rechazo de la donación que está directamente relacionada con la decisión del agente moral; el tercero muestra que una deficiente oferta de donaciones cadavéricas agudiza la demanda de órganos.

La aceptación de la muerte encefálica como criterio de muerte

La donación cadavérica puede darse a corazón parado o por muerte encefálica. En la primera circunstancia no suele haber problemáticas éticas en torno a la aceptación de la muerte, ya que todas las funciones del cuerpo cesan y el cuerpo entra en estado de descomposición. Sin embargo, el criterio de muerte encefálica ha despertado muchas tensiones respecto a su aceptación, entre ellas pueden mencionarse:

- El personal médico puede enfrentarse a factores de conflicto entre el dictamen de muerte encefálica (y por consiguiente de la desconexión del paciente) y la petición de donación. Un motivo radica en el imperativo ético de cuidado del profesional de la salud hacia el paciente, también conocido como «paternalismo médico»; el cual refleja la actitud del médico como responsable del paciente. Este proteccionismo puede conducir a mantener el soporte vital a costa del diagnóstico y a correr costos que conllevan un servicio médico oneroso principalmente por nosocomios privados. Otro motivo es no saber cómo explicar el diagnóstico de muerte a los familiares o cómo hacer la petición de órganos, que tiene como consecuencia la disminución de probabilidades para la obtención de órganos.
- Los costos del mantenimiento del soporte vital es un tema de consideración, pues la atención hospitalaria es elevada respecto a la poca expectativa de recuperación. Pueden darse tres casos del pago

por este servicio: 1) el pago directo de los familiares a instituciones privadas o públicas, en las que dependiendo del hospital el gasto varía, sin embargo, puede llegar a ser insostenible. 2) El pago del servicio por medio de un seguro médico puede amortiguar durante cierto tiempo los gastos que se generen mientras no exceda el límite de cobertura. Esta modalidad también puede generar que instituciones privadas saquen provecho del seguro y mantengan al paciente conectado hasta agotar la cobertura. Este tema ha sido poco estudiado pues difícilmente puede probarse su práctica aunque se sospeche de ella. 3) El subsidio del Estado y del seguro laboral como es en México el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) son las instituciones que más cantidad de trasplantes (en vida) practican, aunque también son las que tienen mayor demanda y escasez de recursos (en instalaciones, equipo médico, personal, etc.). Recientemente, el servicio del Seguro Popular,³ ofrece la cobertura por el servicio de trasplante de médula ósea, córnea y riñón.

En este panorama puede dibujarse la siguiente pregunta para el personal sanitario, los allegados del paciente o la anticipación de voluntad del agente moral ¿Es la muerte encefálica un criterio de muerte éticamente objetable?

Mantener el soporte vital implica un alto costo monetario (ya sea para la familia en el caso de atención privada o para la institución en la que esté afiliado el derechohabiente) y de recursos para la institución.

El beneficio no se centraría en el paciente, sino que se aplicaría una conveniencia emocional de la familia o del personal de salud. Luego, se anularía el principio de parcialidad.

No hay factores de peso que inclinen la ponderación para mantener conectado a un paciente con diagnóstico de muerte encefálica.

Anuencia/rechazo a la donación de órganos

El determinante de mayor peso en la anuencia y rechazo en la donación es el consentimiento informado. Este documento permite que la donación cumpla con los requisitos médicos, legales y éticos instituidos; y

³ Disponible en: www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=275&Itemid=291.

constituye la parte final de un proceso donde el donante y el receptor están conscientes de los riesgos y beneficios que implica este procedimiento. A continuación, se expondrá una serie de factores que influyen en la toma de decisión (y por consiguiente en el consentimiento) en la donación en vida o cadavérica:

- Se identifican criterios médicos y legales que permiten o restringen la posibilidad de la donación, los cuales adquieren especificaciones dependiendo del lugar donde se emitan.⁴ La cultura de trasplantes, es difundida por el gobierno, la sociedad, instituciones públicas o privadas, etc., la cual tiene un impacto directo sobre la percepción y su aprobación como práctica legal, médica y éticamente justificada. El utilitarismo busca el mayor beneficio para el mayor número de implicados con el menor de los perjuicios, lo que se traduce en que a mayor anuencia a la donación habría mayor oferta de órganos y por consiguiente más personas trasplantadas. Luego, sería útil que la sociedad estuviera a favor de la donación de órganos, aunado a la posibilidad de que dicho beneficio pudiera ser utilizado a título personal o que nunca fuera requerido (imparcialidad).

En el tema de la vulnerabilidad, se afirma que son «vulnerables quienes por algún motivo no están a la altura mental, biológica o social de lo que se considera un promedio normal... y son vulnerados... los susceptibles y predispuestos a daños adicionales» (Kottow, 2007: 43). La población en pobreza extrema es el grupo de mayor estudio, sin embargo, otros grupos como: analfabetas, incapaces mentales, menores de edad y los no-natos están despertando un fuerte interés. Tres discusiones paradigmáticas son: las personas que en condición de pobreza pueden ser donantes pero que son excluidas como receptor si no cuenta con los recursos económicos para mantener su medicalización en el seguimiento del postrasplante o no cuentan con las instalaciones higiénicas en la recuperación posquirúrgica; también se discute la restricción de la donación cadavérica de los incapaces mentales frente al beneficio que podrían aportar a la oferta de órganos; por último, el tema de la legi-

⁴ Un ejemplo son los criterios para el diagnóstico de muerte cerebral, como se identifica en los utilizados en la Escuela de Medicina de Harvard, en Inglaterra y México. Disponible en: www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=16355&id_seccion=96&id_ejemplar=1696&id_revista=17

timación en el consentimiento informado de los analfabetas es un tema que en países como México adquiere gran relevancia. Estas percepciones de los grupos vulnerables –desde la perspectiva utilitarista–, reflejan que las situaciones del segundo y tercer ejemplo son insuficientes para cumplir con la condición de un agente moral y, por consiguiente, invalida su consideración en el consentimiento informado, en otras palabras, los vulnerables no serían tomados en cuenta en calidad de agentes morales; sin embargo, en el grupo del primer ejemplo, podrían buscarse alternativas que los incluya a condiciones más favorables.

La cuestión de la vulnerabilidad, las creencias en torno a la muerte o la situación económica son factores que intervienen en la anuencia o rechazo en la práctica de los trasplantes, de lo cual en la toma de decisión vale la pena preguntarse ¿se satisfacen los criterios legales y éticos que en teoría se espera se cumplan?

La oferta/demanda de órganos

La escasez de la oferta y la cada vez mayor demanda de órganos, agudizan la necesidad de un análisis integral de esta problemática de justicia social en atención a la salud.

Se entiende por «oferta» a la cantidad disponible de órganos (cadavéricos y en vida) frente a la demanda de injertos; y por «demanda» a la cantidad de pacientes que necesitan un trasplante con finalidad terapéutica.

El nivel socioeconómico ha hecho factible (más no legal) la posibilidad de la compra-venta de órganos entre la población económicamente favorecida y para quienes comercializar con su cuerpo representa un beneficio económicamente compensable, si bien se obtiene un beneficio, su práctica será inequitativa entre las partes y, por consiguiente, imparcial, dado que se puede sacar provecho del que está en desventaja. Supóngase el caso de un enfermo renal, quien cuenta con los suficientes recursos económicos para proponer una compensación económica a uno de sus empleados médicamente viable a cambio de uno de sus riñones. Si el empleado accede a la propuesta del enfermo, ambos sujetos serían beneficiados, sin embargo, uno de ellos mantendría desventaja. Aun así la compra/venta tendría que estar regulada, para evitar que una de las partes quedara desprotegida. Por otra parte, si el enfermo elige la modalidad de donación cadavérica posiblemente muera en la

espera, debido a la gran demanda que tiene este programa. El beneficio en juego es la posibilidad del restablecimiento de salud del receptor sin embargo, sólo se limita a un beneficio personal, ¿qué pasaría con las personas que actúan conforme a la ley, conforme a los procedimientos médicos y las expectativas sociales? Posiblemente, las personas con los recursos suficientes serían trasplantadas, mientras que las de escasos recursos serían desplazadas o incluso excluidas. El criterio de imparcialidad claramente sería transgredido y por consiguiente el utilitarismo no aprobaría este tipo de práctica. Casos como éste reclaman análisis sobre los fundamentos de la práctica de los trasplantes ¿Es la venta de órganos una estrategia justificable en caso de que el Estado pudiera realizar la compra-venta frente a la escasez de órganos?

La oferta de órganos es un bien escaso, del cual se ha discutido sobre cómo hacer una óptima asignación procurando el mayor beneficio al mayor número con el menor de los perjuicios. La tarea no es sencilla pues los casos concretos dan cuenta de importantes variantes a considerar antes de emitir un juicio. La perspectiva utilitarista podría dar cuenta de la gama de opciones disponibles y la ponderación entre ellas para emitir un juicio basado en razones prácticas, propongo la siguiente pregunta para guía de dicho análisis: ¿qué estrategia(s) podría(n) aminorar la demanda e incrementar la oferta, de tal manera que se procure un balance favorable para todos los pacientes que requieren un trasplante?

El enfoque deontológico frente a los trasplantes de órganos

Los juicios morales son prescripciones que orientan las acciones de los individuos. Se juzgan las acciones como correctas o incorrectas, buenas o malas en función de la justificación ofrecida, y dan pauta para calificarlas como permisibles o prohibiciones. Por ejemplo, del juicio moral «es correcto cumplir una promesa», se exponen las siguientes razones: porque permite depositar confianza para situaciones futuras a partir de una promesa cumplida o porque se impone como un deber o un mandato sin que antes se haya hecho una promesa. La primera razón descansa en una posición *utilitarista* como se expuso anteriormente. La segunda razón descansa en una posición deontológica y, considera que la acción moral en cuestión necesita seguir como un imperativo que se impone el propio agente moral.

El estandarte de la corriente deontológica es la autonomía. Este concepto justifica la conducta humana guiada por la razón. Kant afirma que la autonomía se asienta en la libertad, la cual «vale sólo como necesaria suposición de la razón en un ser que crea tener conciencia de una voluntad» (1785: 71), esto indica que las acciones autónomas (que involucran la libertad) son absolutamente necesarias bajo la ley moral, análogamente a las leyes que rigen las acciones de la naturaleza. Dada esta justificación, resulta que la autonomía obliga al individuo a actuar conforme a imperativos categóricos,⁵ los cuales requieren dos condiciones: la universalidad, esto es, que valga para cualquier caso en cualquier momento; y la necesidad, que se refiere a que la acción moral no puede prescindir de la razón para guiarse por el deber, pues si fuera así entonces las inclinaciones (emociones o pasiones) cegarían el juicio del agente. Ahora bien, cuando se presenta un caso de ética clínica, atender al *deontologismo* como guía para las acciones morales sugiere posibles conflictos entre los agentes involucrados en la toma de decisión, pues los imperativos categóricos no toman en cuenta las consecuencias de su aplicación, sino que se construyen los juicios previamente a la experiencia moral. Por ejemplo, el donante es una figura central en el caso de los trasplantes. La donación de órganos o tejidos es regida por principios como el altruismo y ausencia de ánimo de lucro, ello implica de alguna manera la presencia de la razón práctica⁶ para tomar la decisión, y en ese sentido se tendría como un imperativo categórico efectuar las donaciones. Si esto fuera así, entonces, la demanda de órganos disminuiría considerablemente –si procediera de una donación cadavérica–, ya que estaríamos obligados (por nuestra razón práctica) a donar los órganos y tejidos, pero los datos duros sobre trasplantes nos revelan cifras preocupantes.⁷ Ahora bien, cuando la donación es de donante vivo, podrían presentarse conflictos entre distintos deberes. Una de las dificultades sería el alcance en la toma de

⁵ Se entiende por imperativo categórico aquellos mandatos que obligan al agente a actuar según la conciencia moral.

⁶ Se entiende por razón práctica aquella conciencia moral que atiende las acciones guiada por el deber.

⁷ Revisar estadísticas en: www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html

decisión del donante. O estaría facultado para asignarle a quien elija, y acarrearía el abandono de la población receptora que a sí misma se causara el daño (fumadores, alcohólicos o aquellos que desatiendan su salud), o su alcance se limitaría sólo a donar, teniendo como resultado la frustración de acciones en las que se tendría que elegir entre deberes distintos. Por ejemplo, un caso en el que una persona promete donar a un amigo, pero se entera que un familiar también requiere un trasplante y de urgencia. Ello despierta un dilema a saber: ¿debe seguir manteniendo su palabra y donar a su amigo o debe anular su promesa y donar a su pariente quien corre riesgo su vida?

En la actualidad la pura presencia del *deontologismo*, como lo vimos en la esfera de los trasplantes, ha perdido fuerza sobre todo en la toma de decisión, donde existen problemas que demandan una mayor reflexión y análisis de los casos, donde las consecuencias resultan de mayor consideración que las propias máximas impuestas.

Un enfoque alternativo frente a los trasplantes de órganos: principialismo

Unos de los pilares en la doctrina de la bioética clínica es el principialismo, enfoque que se basa en una ética aplicada, la cual se desarrolla a finales del siglo XX por Beauchamp y Childress. Estos pensadores proponen principios derivados de las teorías éticas universales deontológicas y utilitaristas, las cuales son aplicables a los problemas de la práctica médica. Unas de las enunciaciones que se pueden distinguir en su obra *Principios de ética biomédica* (2002) son: considerar al paciente como un individuo capaz de deliberar en su toma de decisión, esto es, poder reclamar su autonomía ante el profesional de la salud (respeto a la autonomía); que se suprima el daño intencionado a otros (no maleficencia); que se procure el mayor beneficio (beneficencia) y que se distribuya el recurso sanitario de forma equitativa (justicia distributiva).

Los principios se caracterizan por ser *prima facie*, término que, definido en su sentido etimológico, es «a primera vista», es decir, lo que se expone en apariencia, pero en el sentido filosófico adquiere otro sentido. David Ross, en su obra *The right and the good* (1930), expresa que la teoría moral kantiana presenta serios defectos cuando dos o más deberes chocan entre sí; proponiendo elegir al que tenga mayor peso

sobre el otro. Así, la perspectiva principialista expone que cuando esto sucede habrá que ponderar los principios, por ejemplo, elegir entre la voluntad del donante que expresó su negativa a la donación y la decisión de la familia de querer donar, esto causa conflicto para el coordinador hospitalario entre el beneficio que puede causar y el mantener respeto a la autonomía.

En la práctica clínica de México, se está tratando de implementar la posición principialista para la formación del profesional de la salud, como una forma de conducir las acciones a partir de las valoraciones de los principios esenciales. Aplicar la visión principialista en Latinoamérica dista aún de considerarse como viable para la práctica sanitaria, ya que escapan factores que no se ajustan a tales principios –desarrollados cardinalmente en países de tercer mundo–, como en el ámbito cultural, el cual implica, por ejemplo, las lenguas que se hablan en este país, las creencias que se tienen sobre la muerte, la visión de la calidad de vida, por mencionar algunas. Estas situaciones complican una satisfactoria relación en el sector salud, incluyendo la escasa educación, la situación económica, o la situación social, que no se ajustan a la ética de principios.

La autonomía: limitaciones reales

En el respeto a la autonomía, Beauchamp y Childress identifican dos «elementos sustanciales en las teorías sobre la autonomía: a) la libertad...y b) ser agente [moral]» (2002: 114). Además, consideran importante integrar el consentimiento informado como un elemento sustancial para la toma de decisiones.

El consentimiento informado se caracteriza por ser un documento que el paciente aprueba para autorizar algún procedimiento clínico o de investigación. La ética biomédica propone los siguientes componentes del consentimiento informado: la competencia y voluntariedad como condiciones previas; la exposición, recomendación y comprensión como elementos informativos y; la decisión y autorización como elementos de consentimiento.

Dentro de los elementos informativos, en particular la exposición de la información, suele haber fallas en la comunicación. Revelar y omitir la información no sólo depende de la capacidad de comprensión del usuario sanitario ni de los criterios de revelación –como el criterio de la

persona razonable o el criterio de la práctica profesional—, sino que se requiere otro tipo de variables que no contemplan los principios de ética biomédica. Algunas de las variables a considerarse en el ámbito sanitario son la presencia de dialectos, analfabetismo o analfabetismo disfuncional. En México existen más de cincuenta dialectos, además casi la décima parte de los mexicanos son analfabetos. El problema emergente no estriba en que los pacientes o los médicos aprendan otra lengua; sino que el problema se encuentra en cómo darse a entender y cómo hacer que se comprenda la información para autorizar algún procedimiento. Lograr el consentimiento informado en un país en el que existen diversas limitantes en la comprensión de la información, permite vislumbrar una de las problemáticas que surge al pretender llevar a cabo el respeto de la autonomía del paciente. ¿Cómo podría entablarse un entendimiento y una comunicación y desprenderse de éstas una toma de decisión en la que se adecúen las problemáticas que presenta el consentimiento informado?

Beneficencia y maleficencia: incertidumbre en el trasplante

Los principios de beneficencia y de no maleficencia obligan a actuar al agente moral considerando los efectos de la acción. En la ética biomédica, el principio de no maleficencia expresa que no se debe causar daño intencionado. De dicho principio se deriva una regla de «doble efecto», distinguiéndose «entre los efectos (o consecuencias) intencionados y los efectos (o consecuencias) previsibles» (*ibid.*: 195). Cuando se analiza la práctica de los trasplantes de órganos y tejidos bajo el principio de no maleficencia, se entiende que el daño producido por dicha práctica terapéutica, sea o no intencionado, va a causar efectos nocivos para el paciente: aquellos que fallecen estando en la lista de espera, aquellos que presentan deterioro en su salud a causa de los efectos por los inmunosupresores —o en la población que tiende a ser vulnerable—, aquellos que no pueden ingresar en una lista de espera por presentar contraindicaciones absolutas (como sida, sífilis o tumores malignos). Aunque no haya un daño intencionado, las consecuencias no siempre son previsibles, pues la práctica de los trasplantes conduce a hechos que evidencian riesgos inesperados. Por ejemplo, puede darse el caso en que el receptor presente rechazo al injerto o que se ocasione una muerte súbita.

En la teoría biomédica, la beneficencia distingue dos principios: la beneficencia positiva (obligatoria o ideal) en la que se rescatan los beneficios aportados; y la utilidad, la cual se centra en la proporción de beneficios, costes y riesgos de la práctica médica a los pacientes.

El beneficio se manifiesta una vez que se efectúa; aunque se perciban resultados previsibles al procedimiento, éstos sólo constituyen meras posibilidades; es decir, el beneficio no está dado *a priori*, sino que descansa en el resultado obtenido. Identificar el éxito (o beneficio) del trasplante queda en la expectativa de una favorable operación quirúrgica. Gracias a los inmunosupresores que prolongan la vida del injerto y el estilo de vida saludable que mantiene el paciente, es predecible determinar que el trasplante será beneficioso; no obstante, su efecto puede ser negativo, pues el riesgo al rechazo del injerto está latente a diario. El problema de la incertidumbre sobre el beneficio esperado suscita la valoración de los riesgos o de los efectos negativos. Si bien, el paciente trasplantado tiene mayores probabilidades de presentar una mejor calidad de vida en comparación con el paciente sin trasplante (por ejemplo, aquellos que tienen una insuficiencia renal crónica y están en hemodiálisis), e inclusive el recurso económico empleado es menor que cuando se recurre a aparatos que suplen la función del órgano; no obstante, el beneficio no se puede anticipar en el proceso del postrasplante, pues se corre el riesgo (mínimo o máximo) probable de que se produzcan efectos negativos; entre ellos: la pérdida del injerto, los efectos secundarios que provocan los inmunosupresores, o el término de vida del órgano o tejido. Según lo dicho con anterioridad, surge la siguiente cuestión, ¿es razonable atender el principio de beneficencia en el trasplante cuando los riesgos son latentes? o, dicho de otra manera, ¿es moralmente correcto elegir un beneficio cuando su daño no es menor en los trasplantados? Este cuestionamiento nos hace pensar en las valoraciones que implican los costes de esta práctica sanitaria frente a las carencias y necesidades que existen en otros sectores de salud en los que sus daños son pocos o nulos.

Justicia distributiva: escasez de órganos

La justicia distributiva «se refiere a la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social» (*ibid.*: 312). No hay

que hacer una reflexión profunda para darse cuenta de que el derecho a la salud dista del acceso real a la salud. Pero cuando intentamos saber las causas y buscar las justificaciones de este abismo, entonces el horizonte se torna nublado y es cuando surgen las interrogantes, a saber: ¿cuáles son las evaluaciones que se toman en cuenta para establecer criterios en los que se distribuye el recurso sanitario?, ¿quiénes son los que se encargan de tomar tales decisiones y sus alcances que involucran a un grupo específico?, ¿cuáles son los problemas de justicia distributiva que afectan a los individuos directa o indirectamente involucrados? Por ejemplo, los criterios de asignación para distribuir los órganos o tejidos dependen de varios criterios médicos, como son: «las indicaciones médicas y la exclusión de contraindicaciones, la edad, la urgencia, la compatibilidad, la probabilidad de obediencia y las condiciones postrasplante» (Rivera, 2001: 121-128). Estas son las pautas para que aquellos candidatos que cumplan con los requisitos establecidos tengan mayor probabilidad de ingresar en la lista de espera de un trasplante. Este proceder da cuenta de que no todos los que requieren un trasplante pueden tener acceso a obtenerlo, ya que la oferta es escasa en comparación con la demanda que va en aumento. Y esto se debe, dirá el principalismo, a que la falta de oportunidades iguales para los involucrados es causada por las loterías naturales y sociales que limitan al individuo a ingresar en una lista de espera. ¿Cómo equilibrar el acceso a la lista de espera cuando los criterios a valorar son sólo médicos o legales? Para equilibrar las desigualdades en la oferta y la demanda, las instituciones encargadas de mantener el programa de trasplantes tendrían que regirse por un principio de justicia en el que se operen estrategias que incorporen criterios no sólo médicos o legales, sino éticos en los que se busque la equidad entre las partes.

Conclusiones

La práctica de los trasplantes es posible gracias a los avances tecnológicos y científicos que han permitido prolongar y mejorar la expectativa de vida de las personas. Se ha evidenciado que esta práctica terapéutica –a la luz del análisis filosófico– no está exenta de problemas morales.

Si bien las teorías éticas pueden justificar y problematizar el tema de los trasplantes son insuficientes para adaptarse a las situaciones

concretas. En los países en vías de desarrollo existen necesidades primarias que atender: el analfabetismo, la pobreza extrema o la gran demanda de servicios sanitarios públicos que limita la calidad de la asistencia médica. Dichas necesidades exigen nuevas reformulaciones de la teoría frente a los problemas éticos a los que se enfrentan profesionales sanitarios y usuarios. La pluralidad de teorías y las distintas prácticas morales en las sociedades, invitan a establecer un «diálogo» que permita la convivencia entre las distintas posturas en las que se pueda llevar a cabo un consenso de lo que se espera sea favorable para la sociedad presente.

Estos son algunos de los problemas evidenciados en esta reflexión:

1. En la toma de decisión principalmente se identifican dos aspectos cruciales para la aprobación de la donación. El primero es la aceptación de la muerte encefálica, la cual entra en conflicto entre la credibilidad del diagnóstico, la falta de preparación y sensibilización del personal médico y los costos económicos del mantenimiento vital. El segundo es la limitación y alcance que tiene el agente moral frente al consentimiento informado.
2. La noción de vulnerabilidad no se ajusta a las teorías éticas expuestas, ya que no es contemplada dentro de las temáticas de análisis. Por ejemplo, existen sectores vulnerables no tomados en cuenta para ser candidatos a recibir un trasplante, porque presentan criterios de exclusión (médicos o legales); paradójicamente, algunos sectores vulnerados causan bienestar en aquellos que requieren un trasplante. Por ello, se demanda la atención del contexto de la vulnerabilidad –invisible para los fundamentos éticos– ya que podría abrir nuevos aspectos de estudio, en el análisis moral de la práctica de los trasplantes.
3. El último de los problemas desarrollados es la escasez de órganos, lo que dificulta establecer imparcialmente una justicia distributiva que logre satisfacer la asignación de un injerto en igualdad de condiciones para aquellos que se encuentran dentro de una lista de espera y para los grupos vulnerables; estos son aquellos que no pueden estar dentro de una lista de espera, porque su condición social o económica marca la exclusión que se establece implícitamente en los criterios de asignación.

Bibliografía

- Beuchamp, T. L. y J. F. Childress (2002). *Principios de ética biomédica*. Traducción de Teresa Gracia García-Miguel. Barcelona: MASSON.
- Kant, Manuel (1785). *Grundlegung zur metaphysik der sitten*, Traducción al español: *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. 14a. ed. México: Porrúa, 2004.
- Rivera López, Eduardo (2001). *Ética y trasplante de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica.
- Kottow, Miguel (2007). *Participación informada en clínica e investigación biomédica: las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/UNESCO.
- Seguro Popular. Disponible en: www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=275&Itemid=291

Problemas de estética en trasplantes

La técnica de trasplantes se ha perfeccionado a un grado en el cual es posible pensar incluso en un trasplante de todo el rostro. Para este trabajo sostendré que los trasplantes de cara no se pueden regir sobre los criterios estéticos del canon proporcional y geométrico que utilizan algunos cirujanos plásticos, a saber, el de las proporciones griegas. Con base en esto último afirmo que el individuo, en la percepción que tiene de sí mismo después de un trasplante de tal naturaleza, requiere una adaptación psicobiológica para la asimilación del hecho y el reconocimiento de sí mismo como un individuo «sano». Independientemente del efecto «bello-canónico», en el resultado final del trasplante, la estética está implicada en el individuo como una forma de percibirse a sí mismo como una finalidad que logra una necesaria satisfacción, lo cual es distinto de concebirse como un medio o resultado del éxito de la ciencia médica.

La percepción del mundo a través del rostro

Desde un punto de vista funcional, la cara es la parte del cuerpo que agrupa los cinco sentidos: la vista, el oído, el olfato, el tacto y el gusto. Todos estos sentidos pertenecen al grupo de las sensaciones *exteroceptivas*,¹ cuya función consiste en hacer llegar la información

¹ Las sensaciones se agrupan de acuerdo con sus funciones en tres tipos: *interoceptivas*, *propioceptivas* y *exteroceptivas*. Las primeras tienen la función de agrupar las señales que llegan de nuestro organismo interno, si bien tiene la finalidad de regular necesidades elementales, siempre mantiene una relación estrecha con los estados emocionales al implicar el sistema límbico y las formaciones subcorticales

del mundo externo al organismo y dar una respuesta a los estímulos, por ello es el grupo fundamental para la unión del hombre con el mundo y para los procesos cognitivos.

El problema de las vías de recepción sensorial encontradas en la cara es que sirven también para percibirse a sí mismo. Ahora bien, la *percepción*, como una operación compleja que tiene por base la *sensación*, agrupa distintas modalidades que permiten una respuesta integral. La respuesta integral no es una simple asociación de rasgos sueltos gracias a la imaginación,² sino que implica también procesos cognitivos como: 1) la distinción de los rasgos distintivos del objeto que se percibe del mundo exterior; 2) la unificación de los grupos de rasgos básicos recibidos por distintas vías de recepción sensorial; 3) finalmente, la percepción hace una confrontación de dicha información con los conocimientos que se tienen guardados en la memoria, esto con la finalidad de reconocer el objeto del mundo exterior.³

Ahora bien, el reconocimiento del mundo exterior que es percibido por los sentidos incluye también el reconocimiento del propio cuerpo, incluyendo el rostro. Si bien nos percibimos a nosotros mismos de forma exteroceptiva –el rostro parecería llegar como mero dato del mundo–, tanto la interocepción como la propiocepción son importantes para sentirse satisfecho y reconocer nuestro cuerpo como «sano». Parecería entonces que tanto el reconocimiento del cuerpo como la imagen que percibimos de nosotros mismos está en el límite entre el dentro y

(núcleo medial del tálamo óptico); las *propioceptivas* tienen la función de agrupar las señales que provienen de los tendones y ligamentos de los receptores periféricos, y de los conductos semicirculares que excitan las células sensoriales ciliadas, con ambas sensaciones el organismo puede situarse en el espacio y logra una sensación de equilibrio. La tercera es la que explico dentro del artículo (Luria, 1969, 1975).

² Hume y Locke coinciden en su idea de que el hombre procede mediante asociaciones que la imaginación hace al tomar las ideas simples y ligarlas por semejanza y contigüidad a otras ideas en la mente (Locke, *Essay concerning human understanding*; también, Hume, *Enquiry*).

³ El grado de importancia y facilidad de reconocimiento de los objetos percibidos se guía por la necesidad, esto implica que, con la información guardada en la memoria el individuo reconoce el esquema de acción posible con el objeto, el tipo de utilidad práctica, etc. (Piaget, 1985).

el afuera. La *propiocepción* aportaría la información de ojos, oídos y receptores periféricos necesaria para lograr una sensación de equilibrio y estabilidad; por su parte, la *interocepción* aportaría la información necesaria para el reconocimiento del cuerpo satisfecho y cómodo (la carencia de los anteriores implicaría tensión y malestar).

La respuesta del organismo ante lo que percibe del mundo no solamente implica procesos cognitivos, sino que también implica procesos afectivos como las emociones. Si bien en todos los tipos de sensaciones están implicadas las emociones, la interocepción está vinculada a estadios tempranos de dolencias y alteraciones prematuras que pueden ser concebidos por el individuo a manera de «presentimientos» revelados en los sueños o de estrés y tensión por cuestiones de malestar aparentemente sin fundamento. En cuanto al papel que juegan las emociones en el reconocimiento del mundo, cabría señalar que es importante gracias a la memoria de experiencias pasadas y la sensación de satisfacción ante el reconocimiento del cuerpo en equilibrio o incluso «sano».

Es aquí donde plantearé la pregunta del trabajo a seguir ¿por qué hablar de estética en el problema de la percepción de uno mismo? Una de las respuestas que ofrezco a dicha pregunta es que la estética ayudaría a la reconstrucción del rostro o su trasplante, pero resulta problemático proponer un canon geométrico euclidiano de la reconstrucción facial tal como lo proponen algunos cirujanos plásticos, debido a que responden a necesidades de otra índole, y no las básicas de salud y funcionalidad.

La salud como uno de los principios básicos de toda intervención al organismo

Si quisiéramos encontrar una definición de «la salud» o «lo sano» como principio *a priori* o puro del entendimiento incurriríamos en un error, porque sería inconveniente sin la referencia de algún saber explícito. La fuente de conocimiento de lo sano está en la experiencia y no propiamente en la conceptualización. La salud se ha abordado con referencia y oposición a la enfermedad, por ejemplo Kant dice que con respecto a la salud:

Uno puede sentirse sano, es decir, juzgar su sensación de bienestar vital, pero jamás puede saber que está sano... La ausencia de la sensación (de estar enfermo) no permite al hombre expresar que está sano de otro modo que diciendo estar bien en apariencia (1798/1964, sección 3a.: 115).

En este sentido, Kant propone que la salud es una idea de la experiencia que no es propiamente un saber epistemológico, sino que se queda en el ámbito de las sensaciones y al alcance de todos. Esto queda claro ante la imposibilidad de encontrar una especie de «teorema de la salud», aunque no se duda que existan algunas pretensiones de emprender tal proyecto, el hecho de que la salud se atribuya a un individuo orgánico concreto y no a un reloj, deja ya en claro que es relativa al estado de los organismos en constante desequilibrio y no al de los sistemas limitados a un mecanismo.⁴

Kant encuentra una especie de finalidad en la naturaleza cuando considera a los organismos, ya que éstos, parecería que tienen implicado una especie de principio rector, a saber, el de existir o mantenerse unidos en la estructura y crear partes de sí mismo para conservarse (también reproducirse), lo cual sería la diferencia entre la materia inerte y la materia viva. Para Kant, la diferencia de buscar causas o fines en la naturaleza no es sólo una cuestión epistemológica sino también teleológica, esto quiere decir que los seres humanos tenemos una tendencia natural a proponernos nuestros propios fines desde un punto de vista racional y subjetivo.⁵ Distinto de los animales que se encuentran determinados a la mera producción y reproducción de la vida, los hombres nos liberamos de la determinación de la naturaleza animal, para ele-

⁴ Si bien un organismo natural es autorregulado, no necesariamente está en equilibrio sino que está en constante desequilibrio, por ejemplo, el simple acto de comer implica ya un desequilibrio en los organismos vivos, pero la respuesta inmediata del organismo tiende a asimilar paulatinamente la materia en todas sus propiedades como: temperatura, PH, y moléculas con su base de carbono que se recomponen en estructuras de fácil asimilación. Esto no sucede con las máquinas, porque hasta ahora han necesitado que un individuo las regule desde fuera, y para mantener los procesos se necesita un alto consumo de energía (tampoco presentan la producción de su propia energía a partir de la materia y partes que componen la propia máquina, lo cual sí sucede con el organismo en los procesos de glucogenólisis (proceso de producción de energía a partir del mismo organismo, prototípicamente de tejido graso, pero en ausencia de dicho tejido se puede producir azúcar a partir de músculo y órganos vitales).

⁵ Cf. Kant. *Crítica del juicio*, 1999 Segunda parte «Dialéctica del juicio teleológico»; también en el apéndice: metodología del juicio teleológico.

varnos o seguir fines suprasensibles como el de la libertad, la justicia, el bien, entre otros. Aun cuando no tengamos ninguna experiencia de dichos fines al no ser parte de la naturaleza sensible, los proponemos como metas altas a seguir y guiar en nuestra vida cotidiana. Ahora bien, Kant nos plantea la cuestión de si es deseable que todos los individuos sean regidos por una ley causal determinante como la que impera en la explicación mecánica, y en este sentido regirnos de una forma totalmente heterónoma, o si es deseable que los humanos aceptemos regirnos de forma autónoma bajo principios racionales supremos. La respuesta de Kant es interesante, porque se inclina por la segunda y, en consecuencia, apuesta por la libertad, pero como reconoce que los hombres no dejan de seguir sus deseos egoístas, entonces es mejor una legislación y Estado que regule la práctica de los individuos.

Desde un punto de vista macroscópico, el hombre sigue siendo parte del medio que lo circunscribe y está determinado al ciclo vital de la cadena alimenticia, pero desde un punto de vista ético, el hombre es libre y responsable de su impacto positivo al actuar en la naturaleza. La exigencia ética es imprescindible tomando en cuenta que necesitamos de la naturaleza para la sobrevivencia de la especie.

Si bien el hombre se encuentra delimitado por la superficie de la piel, marcando con ello la diferencia con el exterior, esto no implica que se encuentre cerrado al exterior. Tanto el alcance del alimento por sus propias vías, como la oxigenación de los procesos celulares, son un indicador de que el organismo complejo, que es el cuerpo humano, establece una relación continua y discriminativa con el exterior.⁶

En síntesis, todas las funciones reguladoras del organismo se focalizan en el sistema nervioso central que tiende a dar una respuesta inmediata a la información recibida. En este sentido, el cuerpo posee la capacidad de evaluar constantemente al organismo completo, además

⁶ Si tomamos a la naturaleza como medio de satisfacción de los deseos humanos, sean individuales, particulares o universales (algo que está implicado en el término «recursos naturales»), el exterminio de las especies y el agotamiento de los recursos sería inminente a mediano o corto plazo. Está claro que dicha situación pondría en riesgo la misma vida humana, basta con pensar las necesidades de oxígeno y agua como elementos de la naturaleza que resultan ser vitales para muchos organismos.

de que se puede representar a sí mismo en sus capacidades, de manera que llegamos a decir que nos sentimos *sanos o enfermos*. Podríamos decir que hay entonces una verdad del cuerpo en situaciones y circunstancias individuales, pero dicha verdad está basada en la experiencia individual de los procesos autorreguladores y no en la formalización matemática del proceso. Como parte de esta respuesta al medio, se encuentra una necesidad ética del mantenimiento de los procesos naturales y las especies, lo cual se logra tomando a los elementos de la naturaleza como si siguieran sus propios fines y no como medios para satisfacer los deseos egoístas.

La funcionalidad del organismo

La técnica del trasplante de órganos le exige al cuerpo una posibilidad más que no estaba contemplada del todo desde un punto de vista clásico de la salud, la de integrar un elemento de otro organismo con diferente estructura histológica pero que sea compatible con el cuerpo que la recibe.⁷ El cuerpo se apropia paulatinamente de dicho elemento con otra histología, pero que puede servir para la funcionalidad del organismo como una unidad autorregulada. La idea que se tiene de uno mismo como *sano* viene a modificarse a partir de todo proceso de intervención quirúrgica o trasplante. Si bien, desde un punto de vista clínico el individuo puede ser considerado como sano, el que padece de una invasión de sus órganos pasa por un periodo de adaptación considerable; primero como respuesta del organismo en su esfuerzo por lograr la asimilación del hecho, y luego como un proceso de asimilación psicológica donde se considera la salud del individuo a partir de sus percepciones. De hecho, la percepción es un proceso interno vital que sirve para llevar la información al sistema nervioso central y poder dar entonces

⁷ Parecería que las células tienden a rechazar elementos con distinta estructura, pero según la tesis de Margulis (1996) es una posibilidad de la célula misma. Parecería más bien que esta situación de alianzas o cooperación es la que permitió una célula como la eucariota. Su afirmación se basa en que el ADN de las mitocondrias es distinto del encontrado en el núcleo de las células eucariotas, lo cual implicaría una especie de asimilación y acomodación de un organismo distinto pero sin destruirlo, para lograr con ello una ventaja mayor ante el medio, y en consecuencia, lograr una mayor probabilidad de sobrevivencia.

una respuesta inmediata a las situaciones en las que se encuentra el organismo en su totalidad. Sea por vía de la producción de sustancias bioquímicas del sistema endócrino o del límbico, la respuesta del organismo es directa e inmediata ante la percepción de una invasión, golpe, o incluso situación emocional (donde actúa el límbico).

Si bien para los trasplantes de cara es necesario incluir la estética, no podemos sostener la idealización del rostro como criterio de la reconstrucción. Las funciones básicas de los trasplantes de órganos son las de lograr el equilibrio en la salud, en la funcionalidad y finalmente en la estética. De cada una de estas funciones no se puede decir que el organismo las active por separado, ya que siempre tiende a dar respuestas globales, a partir de un reconocimiento del todo, de manera que si se altera una de las funciones, lo más probable es que alteren las demás. La cara es tanto la presentación a los demás, como la percepción que tenemos de nosotros mismos, por lo mismo es importante que se consideren las funciones de los trasplantes de cara como un todo autorregulado en el cual las distintas partes influyen al todo, y éste a la idea que nos hacemos de nosotros mismos.

La estética como una disciplina que ayuda en la guía de reconstrucción del organismo: problemas y perspectivas

Al inicio de este artículo afirmaba que los individuos trasplantados necesitan no solamente recuperar sus funciones básicas con el órgano trasplantado, sino que también necesitan tener una experiencia de sí mismos en tanto que sanos. En el caso del trasplante de cara resulta más complejo el problema ya que la percepción, como respuesta integral, incluye la auto-percepción y la recuperación de los sentidos perdidos. También afirmaba que la reconstrucción de la cara no puede estar guiada por un canon geométrico tradicional, sino que tiene que implicar una estética del organismo que se aprehende a sí mismo como una finalidad y no como un medio.

Desde un punto de vista estético, los problemas de los trasplantes de cara se podrían agrupar en dos: 1) los que tienen que ver con los criterios de reconstrucción e intervención, y 2) aquellos que tienen que ver con la percepción que tiene el individuo de sí mismo. Los primeros cuestionarían que se pretenda recuperar el rostro idealizado bajo un canon geométrico griego, lo cual implicaría, en última instancia, un mismo tipo

de rostro para todos los que pasaran por este tipo de intervenciones (tal como tiende a presentarse en la cirugía con fines de «embellecimiento»).⁸ Los segundos estarían entre la sensación y las emociones, ya que puede ser que el individuo no sienta un rostro como parte de sí, o que incluso no tuviera una percepción de sí mismo como sano.

En un intento de dar respuestas a estos dos tipos de problemas desarrollo dos propuestas, a saber: una primera basada en el canon geométrico, y la segunda basada en algo que he llamado –aprovechando la terminología kantiana– «estética de la necesaria satisfacción». Esta segunda es la que propongo más adecuada para los organismos que persiguen sus propios fines, y en particular al hombre que desde un punto de vista subjetivo se propone sus propios fines en la naturaleza.

Primera respuesta: el canon clásico como una estética poco acertada para los trasplantes de cara.

La *estética* es la ciencia que trata de las leyes a que está sujeta la aprehensión sensible del mundo por parte del hombre, una aprehensión que puede llegar a juzgar o crear bajo una categoría al arte, y que alcanza a permear la subjetividad de una época. Dicha ciencia pretende perfeccionar el conocimiento, así como conocer las ideas o conceptos que sirven tanto para la creación, como para la percepción y la realización de juicios sobre las cosas. Tradicionalmente los conceptos utilizados para hacer los juicios han sido lo *bello* y lo *sublime*, sin embargo, podría ser cualquier concepto como lo fue en su tiempo lo *trágico* para los griegos, o la tendencia hacia lo escatológico en el arte contemporáneo (Kant, 2011).

Ahora bien, no siempre ha existido una estética como la anteriormente descrita, ya que antes del surgimiento de la estética moderna en el siglo XVIII, solamente tendríamos cosmovisiones metafísicas o teológicas que sustentaban formas de percepción impuestas desde los

⁸ Desde su origen, los cirujanos plásticos intervienen en los individuos sanos con fines de embellecimiento. Tradicionalmente existía una marcada diferencia en cuanto al género, siendo las mujeres quienes se intervenían más, sin embargo, existe una tendencia en hombres cada vez más marcada. Probablemente cambiar los criterios de agrupación para las poblaciones que experimentan este tipo de intervenciones arrojaría datos más significativos (p.e. escolaridad, nivel socioeconómico, ideologías, tipo de cultura, etcétera).

grupos de las élites de una cultura, por este motivo, los gobernantes y sacerdotes eran quienes –explícita o implícitamente– decidían cuál era el canon que servía para las representaciones artísticas (Gombrich, 2009).⁹ A este tipo de imposiciones se debe el canon proporcional impuesto al cuerpo humano que, de hecho, la idealización del cuerpo a partir de una proporción geométrica surge en los grandes imperios como el egipcio o el persa, entre otros. Para los egipcios, por ejemplo, el cuerpo era medido a base de «puños», y se proponía una medida de dos puños para la cara, diez desde los hombros hasta las rodillas y seis para las piernas, así tenían una figura proporcionada que se imponía a toda reproducción de las familias reales y dioses. Siglos después, primero con los griegos y luego con Vitrubio, se propuso un canon similar pero difirieron en tres puntos: 1) la unidad de medida que pasó a ser de «cabezas» y ya no más de puños; 2) redujeron el tamaño del cuerpo a ocho «cabezas» y media; 3) incluyeron la perspectiva, lo que implicó la amplificación de las proporciones del cuerpo en el tronco superior para que no se vieran pequeños a la altura.

Cabe resaltar que ni las proporciones propuestas por los griegos ni la de los egipcios correspondieron alguna vez con la realidad, sino que fueron producto de una idealización del cuerpo, es decir, la figura humana con dichas proporciones estaban a tal grado idealizada en estas representaciones plásticas que incluso no existían personas reales que mantuvieran dichas proporciones. El caso de los egipcios es peculiar porque llegaron a borrar rasgos esenciales como los dedos de los pies, de manera que aparecen sus dibujos con dos pies izquierdos (o derechos, sea el lado que se representaba) que muestran solamente dedos gordos. En cuanto a la cara se refiere, surge el mismo problema, proyectaron formas geométricas perfectas sobre la constitución de la cara y de la cabeza de una forma idealizada, pero dichas formas no se encontraban en la realidad. Esto se entiende bien en particular con los griegos, porque en un periodo de su pensamiento, la geometría fue tomada literalmente como «la medida de la tierra» (de *Gea* la diosa de la tierra, y *metría*, medida) y en consecuencia, del cuerpo humano como parte de ese mundo accesible a dicha ciencia.

⁹ En esta obra *Historia del arte* se sostiene desde el inicio una postura similar.

Para cuando surge la cirugía plástica y el desarrollo de la técnica de trasplantes, el canon clásico basado en las proporciones ya estaba bien asentado dentro del mundo del arte (aunque no necesariamente moderno, sino que venía del renacimiento),¹⁰ y en consecuencia se toma como modelo a seguir para las intervenciones quirúrgicas. Cabría preguntarnos entonces si un modelo idealizado de proporciones sirve para la reconstrucción de un rostro, o incluso si es un criterio necesario y suficiente para que las personas modifiquen su cuerpo. Sería difícil asentir lo anterior en las proporciones del cuerpo entero, porque implicaría alargar huesos de las extremidades (lo cual parecería más bien un atropello al organismo humano), pero en el caso del rostro y de los senos se ha postulado dicho canon de forma un tanto acrítica y se aplica para la reconstrucción del mismo sin cuestionamiento alguno.

Segunda respuesta: hacia una estética del equilibrio en los organismos humanos.

Uno de los grandes aportes de la estética moderna es el reconocimiento del cuerpo humano tal como se presenta en los individuos comunes. Para que esto fuera posible, el arte tuvo que pasar por un proceso largo que inició con la secularización de la Iglesia y terminó con la modificación del cuerpo en la cultura urbana. El primer paso se da con las reformas y la socialización del pensamiento moderno, el cual permitió que los artistas empezaran a pintar y esculpir gente común y no solamente dioses, personajes míticos o miembros del alto clero; también permitió que la representación de los individuos se volviera cada vez más «humana» o «cotidiana».¹¹

El ataque que hacen al arte moderno los sujetos conservadores es-triba precisamente en que, a su juicio, se ha dado un proceso de «banalización» del canon, y también en que el tipo de personas que se pre-

¹⁰ El libro de referencia para este periodo sería el de Luca Pacioli, *De divina proportione*, escrito a finales del siglo XV. En dicha obra se retoman las ideas de Vitrubio, un arquitecto e ingeniero romano de principios de nuestra era, que entre otros criterios que sirven para la construcción de edificios, propone las proporciones geométricas para la reproducción de figuras artísticas con rasgos antropomórficos.

¹¹ Quizá este es uno de los grandes aportes del impresionismo francés, ya que comenzaron a pintar personas comunes y no a la clase alta que exigía ser idealizada a toda costa.

sentan en la obra ahora son gentes comunes. Esto implica dos cosas: primero, que el canon se había tomado con el carácter de sagrado, lo cual no tiene justificación alguna; segundo, que el concepto utilizado para juzgar la obra desde la estética conservadora era el de la «belleza», pero como no encuentran bellas a las obras modernas suelen decir que no hay estética, lo cual es un absurdo.¹²

Para aclarar el carácter de las estéticas modernas, en particular las que surgen a partir de la posmodernidad, es necesario tomar en cuenta que, si bien hay una tendencia fuerte hacia lo escatológico,¹³ la parte que resaltaré en este trabajo –debido a que me parece más útil y suficiente– es que tiende hacia la aceptación del cuerpo sin idealizaciones bajo cánones rígidos. Autores impresionistas como Van Gogh, Renoir o Gauguin, ya habían dado un gran paso en la estética al atreverse a pintar mujeres comunes o del campo como prototipos de belleza. Otro aporte lo encontramos en el movimiento reactivo de la lucha feminista de los años sesenta y setenta, al encontrar en el cuerpo una forma de resistencia y lucha contra la cultura machista dominante (forma de vida que desgraciadamente encontramos en los mismos impresionistas o incluso en los artistas contemporáneos a la época de la lucha feminista). El paso decisivo se ha dado a partir de la aceptación del cuerpo sin cargas ideológicas, a partir de que se ha reconocido en particular el derecho al placer y a la auto-representación del cuerpo femenino. Artistas como Marlene Dumas, Melanie Manchot, Cecily Brown y Úrsu-

¹² Por esta vía de argumentación encontramos a autores como William H. Gass (1997) o Donald Kuspit (2011), ambos sostienen que el arte debe ser bello, y en consecuencia el arte contemporáneo no tiene estética. El segundo en particular postula que el arte está en decadencia, a punto de «morir».

¹³ Esta es una de las crisis fuertes del arte según Kuspit, sin embargo, no porque el arte moderno presente estas características es un argumento suficiente para sostener la idea de que ha llegado a su fin o a su «muerte». De hecho, la tesis sostenida por este tipo de autores es del filósofo y teólogo alemán de principios del siglo XIX Hegel (2006), quien consideraba a la historia como inmersa en una especie de proceso de consolidación del <espíritu> que imperaba en el mundo. Así, para cada momento histórico se daban ciertas condiciones espirituales y materiales para que el espíritu se expresara, por lo mismo, estas condiciones llegaban necesariamente a un fin o insostenibilidad del sistema, de ahí su necesaria superación.

la Martínez, han trabajado bastante en los últimos años precisamente para desmitificar y apropiarse de su cuerpo desde su propia concepción de lo femenino (O'Reilly, 2009, *The body in contemporary art.*; también encontramos una postura similar en D. Moriente, 2010, *Poéticas arquitectónicas en el arte contemporáneo*). Para estas autoras, uno de los problemas más importantes de la estética contemporánea es que los prototipos y cánones estéticos –de la misma forma que la idea de ‘los géneros’ y la sexualidad– del último siglo han sido impuestos por hombres, lo cual ha impedido que las mujeres puedan reconocerse a sí mismas sin idealización alguna del cuerpo.

Para aclarar el problema anteriormente expuesto, podríamos considerar algunas de las visualizaciones femeninas contemporáneas que parten de ideas tomadas acríticamente de los medios de comunicación: algunas se proyectan como cuerpos ultra-delgados, otras proyectan un cuerpo con bastante volumen en senos y glúteos para lograr cuerpos idealizados bajo la mente de un voluptuoso. Si bien en ambos casos están distorsionadas las percepciones que tienen las personas de sí mismas, los problemas que se disparan son totalmente distintos: para las primeras existe siempre el riesgo latente de alguna enfermedad como la *anorexia* o la *bulimia*;¹⁴ para las segundas existe el riesgo latente de ser cliente eterno de los cirujanos plásticos (además de que nunca pasan desapercibidas por la sociedad que reconoce algo que no se ajusta a la imagen que se tiene socialmente del cuerpo). En cuanto a la cara se refiere, en ambos casos se mantiene una idealización del rostro a partir del canon impuesto en los medios de comunicación y consumo, en particular en el mundo de la moda y publicidad. En este problema han aportado bastante los mismos médicos cirujanos al no considerar los casos con criterios de otro tipo, o darle más peso al deseo del paciente en su modificación de una parte del cuerpo bajo los criterios de los medios de consumo. La labor de educación podría paliar un poco la manera en la cual se visualiza la mujer en proceso de modificación, pero parece que impera el mercado y no da muestra de cambiar dicha tendencia.

¹⁴ Los riesgos son múltiples, señalo solamente algunos: de daño del esófago y conductos de ingestión de alimentos por regurgitación continua; retraso en el desarrollo ontogénico en caso de adolescentes (manifestaciones como baja estatura, bello corporal, etc.); de una insuficiencia renal en casos graves, etcétera.

En este artículo solamente he señalado dos de las ideas que se han tenido sobre el cuerpo desde un punto de vista estético, a saber: la idealización del cuerpo desde un canon geométrico, y la transformación del cuerpo a partir de los medios de comunicación y las leyes del mercado. Estas dos formas de visualizar el cuerpo han permeado no solamente la subjetividad de las personas, sino también han dado pie a la toma de decisiones radicales sobre el cuerpo. Una de las influencias fuertes a tomar la decisión de modificar el cuerpo ha sido precisamente el mercado, ya que la modificación por cirugía plástica en las últimas décadas ha ido en aumento gracias a que los costes han disminuido por el consumo mismo y los métodos de intervención son cada vez menos invasivos.

Ahora bien ¿cómo afectaría la idealización del cuerpo a un problema de cirugía estética donde sea necesario un trasplante de cara? o ¿qué implicaciones tiene esta idealización del cuerpo en el proceso de trasplante? Para responder a estos problemas podemos discriminar dos de las vías antes descritas; por un lado, los que tienen que ver con los criterios de reconstrucción e intervención y, por otro, aquellos que tienen que ver con la percepción que tiene el individuo de sí mismo. En cuanto a los primeros, podríamos advertir primeramente el carácter de las intervenciones en los trasplantes de cara. Hasta ahora, los trasplantes de cara han sido realizados en individuos con lesiones significativas donde pierden la mayoría de las funciones del rostro y sus respectivas características individuales, lo cual habla de los criterios utilizados por los médicos para determinar el candidato a trasplante a partir de un perfil clínico donde impera la necesidad de atención a un problema de salud.¹⁵ Referente a los segundos, siempre estará latente el problema de la aceptación por parte del intervenido de su nuevo rostro. Además de que muy probablemente seguirá siendo un rostro que presente secuelas o marcas de las cirugías. Como todo trasplante, siempre ha sido un problema integrar un elemen-

¹⁵ Esto no implica que las cirugías de trasplantes de cara hasta ahora sigan siendo utilizadas solamente en estos casos. Con el avance científico que perfeccione las técnicas y la respuesta de los organismos, podrías suceder algo similar a lo que sucedió con las cirugías estéticas, que se puedan programar por satisfacción de deseos del paciente. Parecería una visión apocalíptica o mera ficción, pero podría darse el caso de que solicitaran dichos cambios algunos de los individuos más peligrosos de la sociedad, como déspotas políticos, fascistas, narcotraficantes, etcétera.

to de otro organismo con diferente estructura histológica pero que sea compatible con el cuerpo que la recibe.¹⁶

Finalmente, como una experiencia que se tiene con el propio cuerpo, la salud es una cuestión de percepción individual. Aun cuando el trasplantado sea dado de alta, lo deseable es que el individuo llegue tanto a sentirse sano, como a aceptar su nuevo rostro como parte integral de sí mismo.

Exposición de casos

En 2009, Connie Culp recibe un implante de rostro que le devuelve la estética y funcionalidad a partir de una mujer donante muerta. El procedimiento duró 22 horas en una cirugía que reconstruyó 80% de su cara. Del donante se retiran los párpados inferiores, la nariz, las fosas nasales y parte del maxilar superior que incluye los incisivos centrales y laterales superiores, más los caninos. La mujer había quedado sin rostro a partir de un disparo que su marido le infligió después de una discusión en el 2004. A partir de entonces, Connie se ve sometida a 23 operaciones para recuperar las funciones de su cara, pero buena parte de ellas se encontraban todavía modificadas, entre ellas: la capacidad de oler, masticar, y la de hablar se encontraban seriamente modificadas. María Siemionov coordinó la cirugía.¹⁷

En el 2008, mientras pintaba una iglesia, Dallas Wiens sufrió un accidente que destrozó su rostro. A partir de entonces se le han aplicado una serie de operaciones que le han vuelto a reconstruir la cara, una de ellas es la del trasplante de cara que duró 15 horas, otras tantas para la recuperación de las funciones del habla y de la vista, para intentar lograr un equilibrio estético. El caso es interesante porque el hombre de 26 años, Wiens, está paulatinamente recuperando la capacidad de hacer gestos (como sonreír). Además, lo que resulta cada vez más interesante es que el individuo que perdió la visión, está

¹⁶ Así, la interocepción del organismo que envía la información del órgano trasplantado al sistema inmunológico primero, y luego al nervioso central, puede rechazar a lo que reconoce como un órgano con estructura histológica diferente (de allí la necesidad del uso de inmunosupresores

¹⁷ Cf. *Arch Facial Plast Surg*, vol. 11, issue 6, november-december, 2009; también en www.archfacial.com.

sintiendo que su rostro implantado se está tornando en el suyo («It feels as if it's become my own»).¹⁸

Conclusiones e implicaciones de los casos

En ambos casos, el rostro se vio seriamente dañado a partir de un accidente en el que perdieron muchas de sus funciones, de la salud, mecánicas y estéticas. En los términos antes revisados, diríamos que las funciones del órgano se habían perdido, por lo mismo resultaba pertinente un trasplante de cara que les devolviera las funciones. En los dos casos hay un reconocimiento público del éxito de los trasplantes de cara y de las posibilidades de las técnicas utilizadas en dicho proceso. Sin embargo, también en ambos casos se encuentran todavía en proceso de recuperación la estética y la funcionalidad mecánica del rostro, aunque se pronostica una buena adaptación al mismo. Hasta aquí, los datos solamente hablan de las capacidades que tienen ambos individuos de ejercer sus funciones como el habla, la digestión y la recuperación de los sentidos, pero todavía no se toca el problema de la percepción de sí mismo como «saludable».

Si bien sabemos que la salud es una idea que surge a partir de la experiencia del sujeto en el uso de su cuerpo, de manera que hablamos de una especie de «verdad empírica», no por ello es menos importante para las intervenciones de trasplantes de órganos, en particular el de la cara que alberga los cinco sentidos y que éstos deben estar en sintonía con el organismo entero.

Sin duda, ambos individuos expresan estar felices con su nuevo rostro, y agradecen el trabajo de los médicos en su proceso de reconstrucción facial, sin embargo, el proceso de reconstrucción del rostro no ha tenido como paradigma una geometría de las proporciones, e incluso resultaría cuestionable pensar que se les pueda seguir ejecutando cirugías con dicha finalidad.

La expresión del señor Wiens («It feels as if it's become my own») sintetiza la percepción que tiene de sí mismo. Este sería un resultado deseable para todos los casos, donde además de la mejora en las funciones y en la imagen del individuo, el reconocimiento de su nuevo

¹⁸ Cf. MD3 Holdings Corporation. Shocked but not Shaken [en línea]. 2011 [acceso enero de 2012]; Disponible en: www.dallaswiens.com/.

rostro sea asimilado al grado de sentirse satisfecho consigo mismo. La satisfacción necesaria del nuevo rostro es una de las metas deseables del trasplante de cara; éste se puede experimentar en el individuo como un sentimiento que surge a partir de la experiencia con su propio cuerpo y las metas que se ha auto-impuesto como finalidad de su vida.

Bibliografía

- Canguilhem, G. (2005). *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2008). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.
- (2010). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gass, W. H. (1997). The baby or the Botticelli. *Finding a form*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
- Gombrich, E. H. (2009). *Historia del arte*. Madrid: Phaidon.
- Hegel (2006). *Fenomenología del espíritu*. Madrid: Pretextos.
- Kant, Immanuel (1798/1964). *El conflicto de las facultades*. Buenos Aires: Losada.
- (1999). *Crítica del juicio*. México: FCE.
- (2011). *Observaciones acerca de lo bello y lo sublime*. México: UNAM/ UAM/ FCE.
- Kuspit, D. (2011). *El fin del arte*. Madrid: AKAL.
- Luria, A. R. (1975/1984). *Sensación y percepción*. Barcelona: Martínez Roca.
- (1969/1986). *Las funciones corticales en el hombre*. México: Fontamara.
- Margulis, L. (1996). *¿Qué es la vida?* Barcelona: Tusquets.
- Moriente, D. (2010). *Poéticas arquitectónicas en el arte contemporáneo*. Madrid: Cátedra.
- O'Reilly, S. (2010). *The body in contemporary art*. Nueva York: Thames & Hudson.
- Pacioli, L. (1991). *La divina proporción*. Traducción de Juan Calatrava, introducción de Antonio González Rodríguez. Madrid: AKAL.
- Piaget (1985). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Planeta.

**MANIFESTACIONES
SOCIALES
DEL TRASPLANTE**

Mitos sociales sobre la donación de órganos

Introducción

La narrativa popular sobre la donación de órganos circula con frecuencia bajo la forma de chistes, relatos, noticias alarmantes, rumores y leyendas urbanas. Se ha convertido en un tema complejo que aún permanece lejos de la comprensión de la gente común, pues cuando analizamos la narrativa popular que el tema suscita comprendemos que para la población y los medios de comunicación la donación de órganos despierta en los imaginarios una serie de alegorías, amalgamas y confusiones que es necesario tomar en cuenta para comprender mejor aquello que causa angustia entre la población, saber cómo transmitir mejor el mensaje específico que deseamos comunicar, sobre todo para aumentar la cultura de la donación de órganos.

En los mitos que acompañan a la donación de órganos encontramos tres grandes temáticas que aparecen de forma constante y que pocas veces son comprendidas de forma específica: los miedos populares acerca de la donación de órganos, el robo y el tráfico de órganos.

La presente contribución está dedicada al análisis de las narrativas populares que se han generado en torno a la donación de órganos. En primer lugar, analizamos los miedos comunes que la gente expresa para donar; en segundo lugar, dedicamos un amplio espacio para rastrear y desmontar los mecanismos internos de la leyenda urbana del robo de órganos; y por último, distinguimos el fenómeno del tráfico de órganos, que en la mentalidad popular se confunde con el robo de órganos.

Mitos populares sobre la donación de órganos

Los mitos y creencias populares nos hablan que el cuerpo es considerado como lo más sagrado que un individuo posee y que no debe

profanarse. De ahí las censuras sociales que, a través de la leyenda del robo de órganos, la gente expresa sobre la compra-venta de los mismos, la cual debería estar reservada a la donación, al don, al regalo de amor desinteresado. Mismo fenómeno de censura social que se expresa respecto a la sexualidad (que debe reservarse al intercambio por amor y no a su compra-venta), a la sangre (que tampoco debe venderse, sino donarse) o de cualquier otro fenómeno relacionado con el cuerpo y las creencias y convicciones que la gente profesa. Muchas creencias populares sobre el cuerpo son equívocas, pero más allá de eso, lo que nos interesa es adentrarnos en la angustia social expresada a través de los relatos sobre el robo de órganos.

Algunos de los mitos más populares son los siguientes: los ricos y famosos tienen preferencia en las listas de espera de trasplantes de órganos, mientras que los pobres deben esperar más tiempo; si se sufre un accidente y el hospital se entera que el accidentado es donador de órganos los médicos no hacen lo suficiente para salvar la vida del paciente y así obtener órganos frescos; al donar los órganos, la familia debe correr con gastos extras por los costos que implica la extracción; la creencia de que haber sufrido varias enfermedades lo excluyen a uno como donador; ser demasiado joven o demasiado viejo para donar; los médicos toman todos los órganos que pueden y no sólo el que se ha autorizado; la deformación física del donador al momento del funeral por la extracción de órganos; la prohibición religiosa.

Las creencias anteriores expresan el miedo latente de ver el cuerpo del donador, por parte de los familiares y allegados, mutilado, deformado, saqueado, despreciado, degradado y mancillado. Elementos a vencer para hacer florecer la cultura de la donación de órganos. Si bien en el último sitio está la supuesta prohibición religiosa que, según eso, señala como tabú la donación de órganos (el cuerpo es sagrado y no debe ser mancillado) en el fondo es un elemento que se encuentra en primer lugar dentro de las creencias populares en México, sobre todo por el desconocimiento de los preceptos religiosos sobre la materia. Trabajar en los canales de información que rompan estos tabús y mitos es una tarea de primera magnitud para los profesionales, dado que una de las cosas más difíciles de cambiar es la cultura de la gente.

La firmeza de estas creencias queda mejor evidenciada a través del tema del robo de órganos, que es el punto que más narrativa ha produ-

cido. Comprender los mecanismos de la leyenda del robo de órganos permitirá comprender mejor los prejuicios y las falsas creencias que hay que vencer para lograr una creciente cultura de donación de órganos.

La leyenda urbana del robo de órganos

La leyenda del robo de órganos goza de cabal salud, al menos desde hace 30 años. Empecemos recordando una de sus muchas versiones, una de las más conocidas. Se trata de un hombre joven que acude a un bar y conoce a una chica atractiva que lo invita a una fiesta privada, una vez ahí le sirven una bebida con droga y pierde el conocimiento. A la mañana siguiente despierta totalmente desnudo dentro de una bañera llena de hielo, al mirarse el pecho encuentra escrito con lápiz labial: «llame al 911 o morirá». La operadora del número de emergencia comprende pronto la situación, le dice que se mire la espalda al espejo y se ve dos «ranuras» en la parte baja. La ayuda pronto llega. En el hospital le informan que le han robado los riñones, con un valor de diez mil dólares cada uno en el mercado negro. En esta versión, que circula ampliamente a través de los correos electrónicos, se afirma que el joven sigue internado en el hospital conectado a una máquina que lo mantiene con vida y espera una donación de riñón. La historia concluye diciendo que el tráfico de órganos está en manos de una mafia bien organizada, financiada y poderosa capaz de silenciar a la prensa y corromper a la justicia. La leyenda ubica los hechos en grandes ciudades como Nueva Orleans, Nueva York, Dallas, Houston, Ciudad de México, Río de Janeiro, Buenos Aires, Ibiza, Barcelona y otras, y advierte a las personas que viajan de no salir a beber solas a ningún bar (Brunvand, 2002a; Campion-Vicent y Renard, 1998; Ortí y Sampere, 2006).

En todas las versiones de este relato encontramos siempre el mismo escenario: un hombre que se encuentra solo en un bar, una mujer atractiva que se acerca para ofrecer compañía, la invitación a una fiesta privada, el despertar desnudo dentro de una bañera con hielo, un letreiro que advierte llamar al número de urgencias y las autoridades que ya conocen ese tipo de delito y saben cómo reaccionar.

Hay algunos elementos de esta leyenda urbana que nos interesa analizar aquí. Nos referimos a los celos que despierta la medicina moderna, la esperanza de encontrar donadores, el miedo a sufrir una agresión, los contubernios entre mafiosos, médicos y autoridades y la

inquietud de pacientes ricos que desean encontrar piezas de repuesto para sus cuerpos enfermos. Aunque el ejemplo anterior trata de un adulto al que le roban sus riñones, en otros ejemplos se trata de niños a los que les extraen los órganos (ojos, riñones, páncreas). En este último caso los precedentes son muy antiguos, al menos desde la edad media.¹

En América Latina, el origen inmediato de la leyenda del robo de órganos se sitúa en Honduras en 1987. En ese año, Leonardo Villeda, ex secretario del Comité de Bienestar Hondureño, da la alarma al declarar, sin pruebas, la existencia de un contrabando de niños del Tercer Mundo para que gente rica de Europa o Estados Unidos se implante órganos de repuesto (Marcial, 2002). La agencia de noticias Reuters difundió la noticia al resto del mundo, que pronto fue desmentida pero sin trascendencia. En abril de ese mismo año de 1987 diarios de Nicaragua y Cuba, así como *Izvestia* y *Pravda*, en la Unión Soviética, reproducen la noticia y se referían a ella en estos términos: «Entre el desprecio racista de Estados Unidos hacia los latinoamericanos y la libertad para exterminarlos sólo hay un paso» (García *et al.*, 2002).

Un elemento clave que nos ayudará a comprender la enorme importancia que recibió la noticia en los años posteriores es que en ese momento aún se vivía la guerra fría y el mundo se encontraba dividido en bloques ideológicos, donde cada bando veía al demonio en el adversario. En particular, en Centroamérica nos encontrábamos en el contexto de las guerrillas de izquierda y los levantamientos militares, apoyados los primeros por la ya desaparecida Unión Soviética y los segundos por los Estados Unidos.

En 1993, la cadena de televisión *British Canadian* difundió el programa *The body parts business* («El negocio con las partes del cuerpo») en el que «investigaba» el tráfico de órganos en Guatemala, Honduras, Argentina y Rusia. Entre otras cosas, esa emisión afirmaba que en Guatemala la única persona que había investigado sobre el tema había sido

¹ El historiador Robert Darnton ha trazado la historia de la transformación de los cuentos populares que los campesinos franceses y alemanes se relataban a través de la tradición oral y que al ser impresos para las nuevas clases y moral burguesas del siglo XVIII sufrieron un importante proceso de expurgación de todos los elementos escabrosos que poseían, sobre todo a través de las antologías preparadas por Charles Perrault en Francia y los hermanos Grimm en Alemania (1987: 15-80).

asesinada por las mafias que traficaban con órganos, al mismo tiempo difundía varios testimonios de niños que afirmaban haber sufrido la extracción de alguno de ellos. Investigaciones posteriores demostraron la falsedad de cada una de las declaraciones y testimonios del programa. En ese mismo año, la Comisión Europea fue testigo de un informe presentado por el eurodiputado Leo Schwartzberg, quien presentó una mezcolanza de datos, afirmaciones y suposiciones que confirmaba la existencia de una industria masiva de partes de cuerpos desde América Latina hacia Europa; en particular, aseguraba que 3 000 niños y bebés brasileños eran destinados a Italia «con el probado fin» de servir para ser convertidos en órganos para trasplante. A raíz de este testimonio la Comisión Europea emitió una resolución condenando todo comercio y tráfico de órganos.

En 1994 la televisión francesa transmitió el reportaje «Organ Snatchers» (Secuestradores de órganos) que reproducía algunos de los testimonios del programa canadiense y agregaba otros nuevos. Declaraba que en Colombia una mujer denunció la extracción de las corneas de su hijo y que en Barranquilla se asesinaban indígenas para comerciar con las partes de sus cuerpos. También presentaba la denuncia del diputado mexicano Héctor Ramírez Cuéllar, quien afirmaba conocer el caso de un niño al que se le había secuestrado y se le había extraído un riñón, al dejarlo libre los captores le dieron al niño dos mil dólares. Otro reportaje de ese programa presentaba un testimonio anónimo que afirmaba conocer a una de las mafias dedicadas al robo de órganos. La productora del programa vendió varios reportajes semejantes a revistas de todo el mundo, pero ninguno de ellos pudo ser comprobado. En agosto de 1994 cuatro cirujanos filipinos de prestigio fueron acusados de asesinar a un donante de órganos para extraerle el riñón y su páncreas, acusaciones que se demostró eran falsas. En septiembre, el ministro de la Familia italiana repite los rumores sobre el tráfico de niños brasileños. Las noticias en los medios incluyen ahora también a Alemania y Turquía.

En 1994, en Brasil, la policía sospechaba del robo de órganos en siete casos de desaparecidos en el Amazonas. Probablemente esta última información dio pie a la leyenda urbana que hablaba del robo de órganos a turistas que acudían solos a fiestas o bares en Río de Janeiro, noticia que circuló en la ciudad por ese entonces. Lo que sí provocó es que la gente de los barrios pobres y las favelas dejaran de acudir a los

hospitales públicos por temor a que les robaran algún órgano y en la provincia de Córdoba, Argentina, las donaciones disminuyeron en un 90 por ciento (Radford, 2005). A mediados de los noventa, en Guatemala varios turistas extranjeros, sobre todo norteamericanos, que realizaban excursiones por el país sufrieron agresiones espontáneas porque la gente creía que se encontraban en sus pueblos para secuestrar niños. Por lo que hay que recordar que las leyendas urbanas no necesariamente tienen consecuencias inocuas y sí pueden causar mucho daño a personas reales.

En julio de 1998, el cardenal de Guadalajara, México, Juan Sandoval Íñiguez, afirmó que 20 mil niños mexicanos habían sido secuestrados y llevados al exterior para extraerles los órganos, sin embargo, no presentó pruebas ni mencionó el o los países a donde los niños eran llevados.² Las declaraciones del cardenal se dan en el contexto del castigo que la sociedad mexicana, a través de los medios de comunicación, demanda a las autoridades en contra de las bandas de secuestradores de los Arizmendi, cuyo líder (Daniel Arizmendi) fue bautizado como «el mochaorejas» debido a su costumbre de cortar una oreja a sus víctimas para demandar a los familiares del secuestrado grandes cantidades de dinero.

Después de los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001, se expandió la noticia de que los talibanes estaban implicados en el tráfico de órganos infantiles. Aquí hay que señalar el significado que se encontraba detrás de esta afirmación: los talibanes eran vistos como salvajes, intolerantes e ignorantes y sólo un «hereje» (desde la religión cristiana) sería capaz de hacer un acto tan abominable.

Dos libros recogen una gran cantidad de rumores sobre el tráfico de órganos señalados hasta aquí, pero no los desmienten sino que los dan por ciertos; uno es español, del periodista José Manuel Martín Medem (1994), y el segundo es brasileño, de la periodista Beatriz Magno da Silva, publicado en 1996.³

² Michael Forbes. «Cardinal helps spread child organ-trafficking myth». *Guadalajara Reporter*, 4 de julio de 1998.

³ Escrito a partir de la serie de reportajes «Tráfico de crianzas», publicados en el diario *Correio Braziliense*.

En febrero de 2002, se publican informaciones en la prensa latinoamericana donde se afirma la existencia de mafias internacionales que secuestran niños bolivianos para ser llevados al exterior y traficar con sus órganos. En junio de 2003, el servicio online de noticias de la cadena Univisión señala el establecimiento de una nueva línea de investigación en el caso de las más de 300 mujeres asesinadas en Ciudad Juárez, México, a raíz del hallazgo de un frasco con órganos humanos.⁴ A pesar de que la cadena Univisión aclaró ahí mismo que el frasco no contenía órganos de humanos sino de animales conservados en formol, la cadena seguía especulando en la existencia del tráfico de órganos y también aventuraba como posible causa de muerte de algunas de las mujeres la filmación de *snuff movies*, aquellas películas que, se dice, filman en directo la muerte real de una persona.⁵

En marzo de 2004, un grupo de monjas españolas destinadas en una aldea de Mozambique dicen haber sido víctimas de atentados y amenazas por haber denunciado ante las autoridades mozambiqueñas el secuestro de niños y jóvenes para ser asesinados y extirparles los órganos para comerciar con ellos y manifiestan que hay gente muy poderosa detrás.⁶

En agosto de 2004, el Canal 22 de televisión, dependiente del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes de México, difundió el documental producido por la BBC *Human Organ Trade* (Tráfico de órganos), originalmente producido en 2001. En él se afirma que existe un tráfico de moldavos hacia Turquía para ser operados y extraerles un riñón y que los pacientes receptores son ricos judíos israelíes o norteamericanos. El reportaje afirma que el estado Israelí, a través de fondos de inversión y aseguradoras, paga esos trasplantes a los médicos turcos, a razón de 10 mil dólares por paciente, y a cada campesino pobre moldavo le dan 3 mil dólares por su riñón. En cambio los israelíes, de origen árabe que también necesitan trasplante, prefieren viajar a Irak donde los trasplantes son más baratos. La emisión agregaba que los «donadores» apenas

⁴ «¿Tráfico de órganos desde Ciudad Juárez?». Univisión.com, 19 de junio de 2003.

⁵ Para un análisis más detallado sobre la inexistencia de las llamadas *snuff movies*, véase Cortázar, 2008.

⁶ «Alerta: Tráfico de órganos de niños», Foro HazteOir.org. Disponible en: www.hazteoir.org.

pasan por exámenes y después de un día de estar hospitalizados en clínicas clandestinas regresan a sus casas en Moldavia en autobús.

En septiembre de 2005, el periódico de Guadalajara, México, *Público-Milenio* difunde una nota en la que afirma que «en un hospital del rumbo de Tesislán» se practicaban extracciones de órganos. Ante la avalancha de cartas al defensor del lector por parte de los lectores, muchos de ellos médicos, en las que se desmiente esa práctica, el periódico se retracta y afirma haber reproducido una leyenda urbana y no haber verificado sus fuentes.

El diario mexicano *La Jornada* publicó el 22 de septiembre de 2005 una nota difundida por el diario británico *The Guardian* donde se afirma que el gobierno chino usa piel de cadáveres de convictos ejecutados y nonatos para producir productos de belleza que se venden en Europa, entre ellos colágeno, el cual cuesta menos de 5% de lo que cuesta producirlo en Occidente. Un mes antes, el 20 de agosto de 2005, nuevamente *La Jornada* publicó otra nota en la que los fiambres son la noticia caliente del día: «Pacientes ricos pagan hasta 10.000 dólares por un riñón a brasileños de escasos recursos». Como siempre sucede en estos casos, la noticia ofrece datos ambiguos, apreciaciones, cita fuentes no verificadas y el artículo es firmado por la agencia de noticias que lo despacha. Dada la importancia de casos como éste, es muy extraño que los periódicos no suelen darle seguimiento en días posteriores, pero no porque hayan sido silenciados por influencias poderosas sino porque rara vez reconocen su error al haber citado una leyenda urbana.

Con el desarrollo de internet y la popularización de los correos electrónicos la leyenda del robo de órganos ha encontrado nuevas vías de expansión. Desde 2005 hay al menos dos versiones que han circulado ampliamente por toda Latinoamérica a través de los correos electrónicos. En uno de ellos encontramos nuevamente que las supuestas víctimas son niños. Una de las versiones difundidas en México sitúa la acción en el norte del país (Coahuila, Chihuahua y Durango), y cita el misterioso caso de camiones refrigerantes con cadáveres de niños sin órganos, así como hospitales que entregan cadáveres de niños con los ojos vendados porque se los han extraído. Ese mensaje especula que los órganos son vendidos en los Estados Unidos.

Un segundo mensaje comenzó a circular en septiembre de 2005, esta vez hay numerosas versiones locales en distintos países de

América Latina. En él se habla de un minusválido que pide ayuda para marcar un teléfono desde una cabina pública y ofrece su tarjeta telefónica para hacer la llamada. Quien le ayuda dice que al poco tiempo de marcar el teléfono se siente mareado, intuye el peligro y huye, quedando desmayado en su auto al poco tiempo. Cuando despierta se dirige a un hospital cercano y los médicos le informan que ha tenido suerte, pues con un poco más de tiempo que hubiera sostenido la tarjeta telefónica del minusválido se habría intoxicado pues dicha tarjeta contiene una «nueva» droga llamada «Yumbina» o «Escopolamina», que es una droga intravenosa muy poderosa. Los médicos también le informan a la víctima que ya hay varios casos en los que la gente aparece sin órganos.

Más aún, el muy serio y militante *Le Monde diplomatique* publicó una nota firmada por el periodista Jean-Arnault Dérens en su número de enero de 2011, donde «analiza» el rumor sobre el robo de órganos en prisioneros kosovares y serbios en Albania durante la guerra de los Balcanes. Según el mensual, «varias centenas» de prisioneros del Ejército de Liberación de Kosovo fueron deportados a Albania y ejecutados para extirparles los riñones, según la demanda de ricos pacientes necesitados de nuevos órganos sanos. La evidencia que cita se basa principalmente en «hechos» tales como los numerosos cuerpos jamás encontrados de prisioneros serbios y kosovares y el persistente rumor contenido en diversas publicaciones que denunciaban el tráfico de órganos en la región durante el conflicto de los Balcanes. Entre otros, señala a «ricos ciudadanos israelíes» como los principales beneficiarios.

Contenido simbólico y la realidad sobre el robo de órganos

En general los rumores y leyendas sobre el trasplante de órganos, el robo y el tráfico de órganos dejan ver el desconocimiento que posee la mayoría de la gente común, sin embargo, todos nosotros tenemos conocimiento sobre lo que es un trasplante de órganos y lo necesario para realizarlo: personal y equipo muy especializado, condiciones de asepsia (tanto para el órgano como para el receptor y el donante), compatibilidad entre el órgano y el receptor, transporte especial para el traslado del órgano, prevenir la transmisión de enfermedades mediante exámenes en tejidos y órganos, someterse a costosos tratamientos de no recha-

zo del órgano por parte del receptor, tipo sanguíneo, historiales médicos de los donantes, seguimiento de por vida en el receptor, etcétera.

Más allá de este tipo de «detalles», que se obvian en la leyenda del robo de órganos, otro elemento importante es que en todos ellos aparecen variantes sobre la teoría del complot, en este caso se trata de «la conspiración del silencio»: se dice que se asesina a todo aquel que intenta investigar sobre el caso; las autoridades, los médicos y los medios de comunicación son sobornados para guardar silencio. La sospecha es generalizada, todos son corruptos; las mafias son internacionales y tienen un absoluto control de todo el proceso, por eso no se sabe nada; hay gente muy poderosa inmiscuida en el asunto y mediante sus influencias logran silenciar las cosas. La leyenda también sugiere que los traficantes de órganos son extremadamente eficientes pues son capaces de «recolectar», transportar y distribuir su valiosa carga en unas pocas horas, a grandes distancias y en el más absoluto silencio. Viéndolo bien, una red tan basta como la que a veces se insinúa en ciertos escenarios es imposible, simple y sencillamente porque en algún momento quedan registros, alguien habla de más y la coordinación necesaria para movilizar tantos recursos materiales y personal especializado simplemente es imposible sin que deje rastros (Castillón, 2006; Patán, 2005).

El carácter simbólico de la leyenda del robo de órganos expone la idea del saqueo de los recursos naturales de los países pobres por parte de los ricos (Campion-Vincent, 1992). En este caso, se denuncia a los pacientes ricos que no tienen la paciencia de esperar su turno para encontrar un donador compatible, por lo que dedican grandes sumas de dinero para contratar médicos sin escrúpulos para lograr su cometido. La ciencia médica es involucrada aquí como reflejo de la percepción social que de ella tiene mucha gente: una ciencia sin alma y sin corazón, fría, mercenaria, sólo al alcance de los ricos y cuyas víctimas últimas son siempre los más pobres. También denuncia a aquellas sociedades donde prima el dinero y éste lo puede todo, así como el deseo de alcanzar la inmortalidad al disponer siempre de repuestos para nuestros cuerpos enfermos, un ideal que no oculta cierta rama de la ciencia moderna al plantearse la clonación como uno de sus objetivos o la industria de la salud y la belleza, aspectos contemporáneos que nos ofrecen innumerables recursos para evitar el envejecimiento y prolongar nuestra juventud.

Aunque inicialmente la leyenda del robo de órganos surgió como arma ideológica en el contexto de la guerra fría en Latinoamérica, donde uno y otro bando se la arrojaban como munición, ahora la transformación se ha puesto al día resaltando el fenómeno contemporáneo del cuerpo como mercancía, donde todo se compra y todo se vende.

La leyenda circula mucho en las ciudades, centro de la vida moderna. Esto se debe a que con el declive de las sociedades tradicionales el fuerte control social que sobre el individuo ejercía la comunidad ha cedido su lugar al anonimato y a una mayor trasgresión de las normas sociales hoy en día. El extranjero, no sólo de otro país sino el extraño al grupo social, es designado como sospechoso número uno, es el chivo expiatorio. Aquí el sentimiento de inseguridad que padecen las sociedades es el terreno donde se desarrolla el imaginario sobre la violencia, expresado en este caso a través de la leyenda del robo de órganos.

Las leyendas urbanas expresan el miedo a la violencia, a la angustia de ser agredido, a la variedad de personajes que pueden hacernos mal o las innumerables situaciones en que podemos rozar la muerte: las agujas infectadas de SIDA en los asientos de los cines, los ataques terroristas en las grandes ciudades, las pandillas ultra violentas y los atacantes disfrazados de amables vecinos.

Ahora, al referirnos a los significados socioculturales pretendemos adentrarnos en aquello que señala una serie de constantes simbólicas que hacen explicable la creencia en el robo de órganos. Por ejemplo, en algunas sociedades de la antigüedad existía la creencia de que al devorar partes de los cuerpos de los enemigos se adquiría su fuerza, coraje, valor y bravura (Renard, 1999). Desde entonces existen esa clase de mitos que se expresan, por ejemplo, en los trofeos de caza y amuletos hechos con partes de animales (garras, cuernos, patas de conejo, plumas, dientes), también esas creencias se expresan en mitos contemporáneos como el vampirismo, donde la sangre al ser absorbida confiere nueva vida y aleja la muerte.

Respecto a la creencia de robar partes del cuerpo a niños encontramos las primeras pistas en el mito de Cronos, el dios griego del tiempo, quien devoró a sus hijos para detener la amenaza que significaban ellos a su poderío y para detener su declinación a través del tiempo. De ahí surge el mito del Ogro: el devorador de niños, quien al hacerlo no sólo come su carne sino que absorbe sus energías, la sangre nueva. No es casualidad

que durante la guerra fría los regímenes comunistas (China, Cuba, URSS) fueran señalados como devoradores de niños, no como algo real sino como metáfora para indicar el grado de «monstruosidad» del régimen: alguien que es capaz de devorar su propia descendencia, su propia sangre. En la Europa de la alta edad media el ogro húngaro «Ogur» atemorizaba a la población secuestrando a los niños para comérselos, mientras que el «hombre del costal» también robaba niños y el «sacamantecas» del norte de España despanzurraba a sus víctimas (Ortí y Sampere, 2006). En mi niñez se hablaba de las «húngaras» (las gitanas) y «robachicos» que se llevaban a los niños que se portaban mal.

En el caso del joven al que le roban sus riñones después de conocer a una atractiva mujer recordemos la imagen mitológica de la bruja, en particular la bruja de Blancanieves, que no era fea sino hermosa pero desalmada. Imagen que nos recuerda a la mujer fatal, aquella que con encantos y hechizos hace perder la razón a los hombres y los pone bajo su dominio. También encontramos presente el mito del hombre-lobo (ejemplificado por el «minusválido» con la tarjeta de teléfono), que en cuestión de segundos se transforma de ser un inocente vecino con piel de cordero en un peligroso maniático urbano con piel de lobo listo para devorar a su víctima extrayéndole los órganos.

Otro elemento con fuerte simbología está en el nombre popular que reciben los órganos implicados, conocidos popularmente como «órganos vitales», aquellos que nos permiten seguir con vida y además «dar» vida a otros. Aquí nos encontramos cerca de los relatos populares, hoy muy en boga, sobre el vampirismo y la criatura del Dr. Frankenstein, como órganos que posibilitan la fuente de la eterna juventud (junto a las cirugías plásticas y liposucciones).

Todos estos relatos alimentan la idea de que el cuerpo y sus cuidados sólo son permisibles para quienes pueden pagarlo, al mismo tiempo que se insinúa que la ciencia médica es mercenaria, vendida, que sólo se preocupa por los más ricos y deja en el abandono a los más pobres. Es también un reflejo del malestar social por el desmantelamiento de los sistemas sociales de salud de cara a las políticas neo-liberales, que convierten todo lo que tocan en mercancía, sólo accesibles para quien puede pagarlo.

Los dichos y refranes populares son ricos en referencias al cuerpo humano y a la salud: sale en un ojo de la cara, costó un riñón, la salud

no tiene precio, tirar los bofes, se me salió el corazón, sudar sangre, los ojos son el espejo del alma (recordemos que en algunas de las leyendas del robo de órganos a los niños se les extraen los ojos, lo que equivale a dejarlos sin alma).

Otro elemento simbólico reside en la idea de progreso y sus costos para la humanidad. El progreso reclama su parte de sacrificio: «todo cuesta». Se dice por ejemplo que siempre hay algún muerto en la construcción de un moderno edificio, de un puente importante, en los grandes túneles. Este mito del sacrificio humano frente al avance de la ciencia y la tecnología lo encontramos ya presente durante la industrialización de Europa en el siglo XVIII. Entonces se creía que las máquinas, para funcionar, debían hacerlo con grasa «fresca», de niños, sobre todo en el ferrocarril y en los engranajes de las máquinas fabriles. Como esa famosa imagen de Chaplin en *Tiempos modernos* (1936) donde es devorado por una inmensa maquinaria industrial. Es ilustrativa una litografía que ofrece Roy Porter en su libro sobre la historia de la medicina (2004: 207), en ella vemos a dos cirujanos rellenando con periódicos un cuerpo humano después de haberse apoderado de sus órganos. Lo curioso del caso es que la litografía es del año 1901, una época en la que aún tardaríamos en realizar los modernos trasplantes de órganos.

La leyenda del robo de órganos se inscribe pues en los relatos que hablan de los peligros de la vida moderna, sobre todo en los lugares de anonimato, aquellos lugares donde vamos de paso, donde nadie nos conoce, no se regatea, no se nos fía ni se nos presta, donde apenas intercambiamos un saludo rápido y cortés pero no interactuamos, somos individuos carentes de identidad y los lugares carecen de personalidad que permita distinguirlos de otros semejantes de cualquier otra ciudad. Algunos de esos lugares son considerados lugares de perdición: bares, moteles de paso, rincones oscuros, estacionamientos. Curiosamente los lugares de reunión tradicional de la vida comunitaria no son señalados en estas leyendas: mercados de barrio, plazas, cantinas, iglesias, pueblos tradicionales, etcétera.

Veladamente se denuncia el menosprecio que los países ricos sienten por los países pobres, por el Tercer Mundo, donde la vida «no vale nada», donde es fácil asesinar a inocentes y sobornar a los funcionarios, así como la ya referida explotación de los recursos naturales, además se usa a los niños como metáfora de la «inocencia» frente al mal. Recuerde

el lector la conocida frase: «los niños son la mayor riqueza de un país». También se señala la angustia moderna en el cuidado de los niños, a los que ahora se ve como más vulnerables y sobreprotegidos.

La leyenda del robo de órganos en su forma contemporánea surge a la par que la popularización relativa de los auténticos trasplantes de órganos en los años setenta, junto a una época marcada por una legislación laxa que, seguramente, se prestó en más de una ocasión a interpretaciones confusas, provocando con ello el surgimiento de las primeras leyendas urbanas sobre el fenómeno.

Finalmente, señalaremos por qué no es posible el robo de órganos. Técnicamente es imposible extraer órganos de desconocidos vivos o de cadáveres porque los órganos entre donante y receptor deben ser compatibles en muchos aspectos: tipo de sangre, historial de enfermedades del donante, estado de salud en ese momento, ausencia de alcohol y drogas, historial de salud del paciente, porcentaje de éxito del trasplante (los pacientes de mayor edad tienen menos posibilidades de recibir un órgano que un joven, independientemente de si aquél es mucho más rico que éste, porque su cuerpo tiene menos posibilidades de aguantar la operación y sus índices de rechazo son mayores). Otro elemento a considerar reside en la complejidad de las operaciones que requieren verdaderos especialistas con instrumental costoso (cortar y unir nervios, venas, capas de piel, condiciones de funcionamiento de los órganos), lo cual lleva años de formación y sólo los hospitales de tercer nivel (equipados con quirófanos y especialistas diversos) pueden realizar de forma adecuada.

Además de lo anterior, hay dos elementos más que hacen imposible el robo de órganos. En primer lugar, muchos relatos hablan de robo a cadáveres. Tal como lo relata la leyenda del robo es algo difícil pues los órganos en cadáveres pronto empiezan a deteriorarse, sin embargo, algunas donaciones son posibles en cuerpos sin signos vitales relativamente recientes, como en el caso de las córneas y huesos. Debido al rápido deterioro de las partes del cuerpo humano los traslados de órganos a ser trasplantados deben realizarse en avión o helicóptero, y siempre bajo la supervisión de un médico calificado.

Un segundo aspecto importante reside en la confusión entre «robo» y «tráfico». Técnicamente ambos son señalados como sinónimos en la leyenda del robo de órganos; se amalgaman como si fueran lo mismo,

sin embargo, son distintos. El tráfico de órganos no se refiere a poderosas mafias que exportan riñones, ojos y demás a países distantes, sino a aspectos más sencillos pero no menos importantes. Los tratados internacionales, las juntas médicas, los sistemas de salud y los códigos deontológicos han llevado a la creación de listas únicas, nacionales, de pacientes en espera de recibir un trasplante, quienes están ordenados a partir de diversos criterios dependiendo de su estado de deterioro y capacidad física para soportar una operación, sin importar su riqueza económica, edad, sexo o raza. Las listas suelen ser muy controladas pues dependen de muchos factores para funcionar de manera adecuada: credibilidad en la institución médica, transparencia en el manejo de recursos y personal, negociaciones entre distintas corporaciones profesionales, etc. La única manera de que haya tráfico de órganos es logrando que un paciente que está en la lista de espera más atrás pueda saltar lugares, de forma ilegal, y reciba antes que otros un trasplante. Para ello, por supuesto, se requiere convencer económicamente al personal adecuado. Lo que sólo se logra con mucho sigilo y pone en serios aprietos a las autoridades y al programa en cuestión.

Esto es lo que sucedió en Guadalajara, México, en 2008,⁷ situación que aún está en los tribunales y en vías de ser investigado. El único médico trasplantólogo de riñón de la ciudad, al parecer, favoreció a varios pacientes para pasar antes que otros a la sala de operaciones a cambio de ciertas cantidades de dinero. Lo que evidenció errores en el manejo de las listas e hizo saltar las alarmas, pues puso en evidencia que las cosas no estaban siendo todo lo transparente que se deseaba. A final de cuentas es aquí donde reside uno de los aspectos negativos de la leyenda del robo de órganos, así como del verdadero tráfico de influencias para la recepción de órganos; la pérdida de credibilidad en las autoridades y los programas de trasplantes ha motivado que en diversos países la gente deje de donar, lo que representa un severo daño en las esperanzas de vida de los pacientes en listas de espera. Mientras las cosas son juzgadas y se restablece el daño causado y

⁷ «Otra lupa sobre la corrupción en trasplantes». *Público-Milenio*, 8 de julio de 2008; «El Civil ofrece mejoras al programa de trasplantes». *Público-Milenio*, 19 de julio de 2008; «Cae donación en el IMSS». *Mural*, 25 de septiembre de 2008; «Pago por adelantado agilizaba trasplantes». *Público-Milenio*, 6 de octubre de 2008.

las consecuencias son graves. De ahí que los médicos y autoridades implicadas en dichos procesos aborrezcan cualquier forma en que la leyenda del robo de órganos sea presentada, porque les resta credibilidad en algo que les ha costado tanto levantar y que es muy costoso de mantener.

Un último complemento se impone. En China el sistema autoritario de justicia permite extraer órganos de los presos ejecutados previo «consentimiento» de éstos, así como en la India la legislación laxa en materia de donación de órganos permite la «donación» entre parientes, situación aprovechada por algunos «parientes» para hacerse pasar como tales. Una o dos legislaciones adicionales de otros tantos países van en este sentido, pero en todos estos casos se está muy lejos del escenario que plantea la leyenda del robo de órganos.

Conclusiones

Las creencias, mitos, rumores y leyendas urbanas enriquecen la realidad al volverla más interesante y testimonian sobre la capacidad de adaptación de la gente para que la realidad funcione con información errónea y sobre las creencias erróneas. La narrativa folclórica contemporánea cumple funciones psicológicas y sociales que hacen que su contenido aparezca como verdadero, importante y necesario.

Los rumores y las leyendas urbanas nos dicen que la realidad no parece ser lo que es (la vida cotidiana es peligrosa, los medios de comunicación y el gobierno ocultan informaciones), permiten verbalizar, expresar e ilustrar problemas sentidos como importantes, cumplen una función normativa, de enseñanza moral y aleccionadora y reactivan motivos simbólicos antiguos del imaginario colectivo (emparentados con los cuentos, historias, leyendas y mitos de épocas pasadas).

Podemos señalar tres constantes entre los antiguos rumores que circulaban de boca en boca y los modernos rumores que circulan por internet respecto a la donación y el robo de órganos: el miedo a las innovaciones tecnológicas (sobre todo a la ciencia médica); los peligros que encierra la vida moderna (tráfico de órganos, lugares y gente peligrosos) y la evolución de las costumbres de la sociedad (la leyenda del robo de órganos surge con el desarrollo y popularización de los trasplantes reales y sirvió como arma ideológica en el contexto de las guerrillas en Centroamérica para después caracterizarse por denun-

ciar la explotación de los recursos naturales y la explotación de la pobreza por parte de los países ricos y ahora denuncia la transformación del cuerpo en mercancía).

La pregunta es ¿podemos eliminar esas leyendas urbanas y creencias populares?, ¿es deseable? La respuesta no es fácil, pero podemos aventurar que sería muy difícil hacerlo pues además de estar fuertemente arraigadas en la creencia colectiva sirven de vehículo para expresar angustias y miedos latentes en la sociedad. Aunque en ocasiones la leyenda del robo de órganos ha desatado verdadero pánico en la sociedad eso se ha debido más que nada a la irresponsabilidad de algunos medios. Por otra parte, sólo las campañas permanentes y bien diseñadas para educar a la gente en los beneficios de la donación y en las condiciones que se requieren para su realización y trasplante permitirán dejar para la ficción y el divertimento la leyenda del robo de órganos.

Bibliografía

- Brunvand, J. H. (2002a). *El fabuloso libro de las leyendas urbanas. Demasiado bueno para ser cierto*. 2 vols. Barcelona: Alba Editorial.
- (2002b). *Encyclopedia of urban legends*. Nueva York: W.W. Norton & Company.
- Campion-Vincent, V. (1992). *Bébés en pièces détachées: une nouvelle 'légende' latino-américaine*, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, (93): 299-319.
- y J. B. Renard (1998). *Légendes urbaines. Rumeurs d'aujourd'hui*. París: Payot.
- (2002). *De Source sûre. Nouvelles rumeurs d'aujourd'hui*. París: Payot.
- Castillón, J. C. (2006). *Amos del mundo. Una historia de las conspiraciones*. Barcelona: Debate.
- Cortázar Rodríguez, F. J. (2005). *Rumores y leyendas urbanas en internet. Textos de la Cibersociedad*. Revista electrónica. Febrero. Disponible en: www.cibersociedad.net/archivo/articulo.php?art=194
- (2008). Esperando a los bárbaros: leyendas urbanas, rumores e imaginarios sobre la violencia en las ciudades. *Comunicación y Sociedad*, 9: 59-93.
- Craughwell, T. J. (2000). *The baby on the car and 222 more urban legends*. Nueva York: Black Dog & Leventhal Publishers. 1a. ed., 1956.
- Darnton, R. (1987). *La gran matanza de gatos y otros episodios en la historia de la cultura francesa*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Déréns, J. A. (2011). *Trafic d'organes au Kosovo: un rapport accablant*. *Le Monde diplomatique*, enero. Disponible en: www.monde-diplomatique.fr/carnet/2011-01-04-Kosovo.
- García Pozo, A., C. Segovia, C. Cobo, M. Serrano, C. Martín, E. Sagredo y M. J. López (2002). Revisión sobre el tráfico internacional de órganos. *Enfermería Global*, núm. 1, noviembre. Disponible en: www.um.es/eglobal [marzo 2005].
- Marcial, N. (2002). *Momentos: cómo despertar sin un riñón en una bañera llena de hielo*. Disponible en: www.dios.com.ar/notas1/creencias/invesyreve/leyenda_peligrosa/leyepeli_relac1.htm [marzo 2005].
- Martín Medem, J. M. (1994). *Niños de repuesto. Tráfico de menores y comercio de órganos*. Madrid: Editorial Complutense.
- Ortí, A. y J. Sampere (2006). *Leyendas urbanas*. Barcelona: Martínez Roca.
- Patán, J. (2006). *Conspiraciones. Breve historia de la conquista del mundo por los extraterrestres, los masones, la ONU, las élites financieras, el establishment, etc.* México: Píadós.
- Porter, Roy (2004). *Breve historia de la medicina. De la antigüedad hasta nuestros días*. México: Taurus.
- Radford, B. (2005). *Leyendas urbanas. Secuestro de órganos: peligrosamente falso*. Disponible en: www.dios.com.ar/notas1/creencias/invesyreve/leyenda_peligrosa/leyenda_peli.htm.
- Renard, J. B. (1999). *Rumeurs et légendes urbaines*. París: PUF, Col. «Que sais-je» (3445).
- Villegas López, R. (1999). Leyendas ciberurbanas, un nuevo medio, las mismas viejas historias. *Hipertextos*, núm. 4, febrero. Disponible en: www.mty.itesm.mx/dhcs/hiper-textos/04/becky/becky.html.

Muerte y donación de órganos desde perspectivas religiosas

Introducción

Uno de los obstáculos frecuentes para la donación de órganos y tejidos radica en la concepción religiosa sobre el binomio vida-muerte. Esto mismo puede, sin embargo, constituirse en uno de los factores que alientan la donación. La vida y la muerte son un binomio inseparable. Al intentar comprender una es posible descubrir las potencialidades explicativas de la otra. Se trata de una relación dialéctica en la que el encuentro de la vida con la muerte arroja sentido al proceso de nuestra propia realidad y su trascendencia.

Pensar la muerte es pensar la vida. Ambos pensamientos son un acto de autoconciencia. La autoconciencia es una cuestión que está íntimamente relacionada con la vivencia y los pensamientos de los otros, de la comunidad de referencia familiar, social y cultural.

La idea de la muerte se forja en comunidad, de allí que las concepciones sobre ella expresan, como en un prisma, las múltiples concepciones sobre la vida, el amor, las razones, las pasiones, los sinsabores, las ilusiones y demás combinaciones que se expresan entre un amanecer y otro.

Entender la muerte implica comprender tanto nuestra propia cultura como la posibilidad de comprender otras culturas, particularmente la concepción de la persona como individuo delimitado. Comprender la muerte significa comprender a la persona en una determinada cultura, particularmente en sus prácticas sociales.

La hipótesis que guía esta reflexión es que si bien la concepción sobre la muerte está impregnada de una visión religiosa, ésta ha ido transitando de una concepción dualista (alma-cuerpo) a otra que considera

al ser humano como una integridad, de tal manera que va decayendo la idea de la muerte como separación del alma en relación con el cuerpo para irse abriendo paso otra que pone el acento en la muerte de todo el ser humano y la posibilidad de trascender no solamente en el más allá sino también a través de la donación de órganos y tejidos, que continúa dando vida.

Para la argumentación utilizaré una encuesta realizada en noviembre de 2008, así como entrevistas a diversos dirigentes religiosos llevadas a cabo en el mismo año.¹

La muerte como proceso

La muerte es el proceso de morir en el horizonte de los tapatíos.² 75.2% de los entrevistados afirma esta perspectiva frente a la otra que lo consideraría como un acontecimiento que se da en un momento determinado. La incidencia mayor se presenta entre quienes tienen de 51 a 60 años (78.2%) y son mujeres (77%).

Este dato contrasta con la consideración acerca de la comprobación de la muerte. Al preguntarse sobre cuándo se considera que una persona ha muerto, casi 90% recurre a una explicación un tanto alejada de la perspectiva de un proceso. En efecto, las especificaciones de la muerte se dan cuando «deja de respirar y se para el corazón» (35.1%), cuando «se va el alma del cuerpo» (30.1%), o bien en ambos momentos (23.6%). Una concepción asociada al proceso de morir, aunque no única, es la que afirma que la muerte viene cuando el cerebro ha dejado de funcionar, con la muerte cerebral. Esta última comprobación de la muerte sólo alcanza 8.8%.

Quizá habría que matizar y señalar que para el sentido de la gente lejana a las cuestiones médicas no existe incompatibilidad entre el proceso de morir y el paro final de la «maquinaria» humana. La imagen popular que señala que alguien «no tiene ni en dónde caerse muerto» refiere tanto al proceso de vivir de tal manera que no se cuenta las condiciones para vivir dignamente como a un momento específico en el que alguien puede caer muerto. El otro dicho que

¹ Ambos instrumentos forman parte de una investigación encargada por el Consejo Estatal de Trasplante de Órganos y Tejidos (CETOT) de Jalisco.

² Se usa el término tapatío de manera genérica para los habitantes de la ZMG.

afirma que hay «muertos en vida» se refiere a un proceso de vida indigna e infeliz, que se desliza de manera inútil y de escasa o nula productividad.

La percepción de la muerte como un proceso aparece de manera transversal tanto entre quienes no tienen estudios (66.7%) como entre quienes cuentan con un posgrado (76.5%). Contrasta esta percepción, sin embargo, la pregunta sobre si una persona ha muerto cuando el cerebro ha dejado de funcionar. Quienes no cuentan con estudios no parecen captar la realidad de la muerte cerebral (apenas un 3.7%), en tanto que la cifra mayor de aceptación del criterio de muerte cerebral se encuentra entre quienes cuentan con posgrado (23.5%). No parece, sin embargo, que el criterio de muerte cerebral sea ampliamente comprendido incluso entre quienes cuentan con altos estudios académicos. Los que cuentan con un posgrado privilegiaron la respuesta de que una persona ha muerto cuando se conjugan tanto un paro cardiorrespiratorio como cuando el cerebro deja de funcionar.

La percepción en la ZMG es muy similar a la que se presenta en las sociedades con algún grado de desarrollo. En efecto, de acuerdo con Drane (2000), para 70% de la gente en este tipo de sociedades, la muerte ocurre cuando se desconecta algún aparato, se deja de hacer algún acto médico o se profundiza la sedación a punto de que el paciente, que por ello no come ni bebe más, ya no despierta. Esto quiere decir que la muerte llega al final de un proceso en el que se ha asistido a la persona y no se califica al instante en que sucede el final de las funciones vitales.

Para comprender la noción de la muerte como proceso es conveniente tender una mirada amplia sobre la historia. Desde una perspectiva de historia de las mentalidades, los estudios de Philippe Ariès y de Gómez Sancho, muestran que a lo largo de la historia han existido diversos estilos para morir. Desde la antigüedad hasta la edad media el acento estaba puesto en la muerte como un momento específico, el último, el punto final de la vida. El hombre del medioevo tenía terror a la muerte súbita. Se educaba para que la muerte fuese parte de «una ceremonia pública y organizada» (Ariès, 1982: 23), que el propio agonizante organizaba, presidía y marcaba el protocolo. Se preparaba el escenario para cuando llegara el momento cumbre, el de la muerte.

En la visión moderna no desaparece la percepción social del morir ni la muerte como un momento específico. Se prepara, por igual el momento, crece la conciencia sobre la vida y su final. La referencia valorativa entrevera visiones que conjugan lo religioso con lo racional, se aprovecha para reflexionar sobre la propia vida y sobre la transmisión de los bienes y mensajes póstumos.

El cambio de la concepción de la muerte como evento a la de la muerte como proceso, se da junto con la crisis de la razón como factor explicativo de la vida. Al contar con todos los elementos técnico-racionales se alarga el proceso de la vida pero se experimenta, al mismo tiempo, su finitud. Se controla más el tiempo pero se sabe ineluctablemente el final. Esta capacidad de control del tiempo es la base de la noción de la muerte como proceso. Se asiste al moribundo pero, a la vez, se le deja en soledad. No hay festejo sino resignado final. El estilo es la muerte prohibida o escamoteada, diría Ariès. Hoy, el muerto no tiene que parecer muerto y nadie lo quiere en casa (Manzini, 2002: 3).

La muerte cerebral como criterio sólido de muerte no se encuentra arraigado entre los tapatíos. Entre líderes religiosos existen versiones diferentes sobre ella y, por supuesto, también entre la gente de diversas posiciones sociales. Hay una tendencia a pensar en la posibilidad de un milagro que venga a contradecir un diagnóstico médico de muerte cerebral. Hay quienes con el fin de dar una palabra de aliento en momentos difíciles recurren al expediente de afirmar que «aún hay esperanza» a pesar de contar con la certeza de un diagnóstico médico de muerte cerebral.

El presbítero Roberto Ramos Godínez, al frente de la parroquia de Santa Clara de Asís (Zapopan) y experto en teología moral, acepta que la pérdida irreversible de las actividades corticales y del tallo cerebral son criterios aceptables de muerte desde el punto de vista de la moral católica.³ Admite, sin embargo, que existen presbíteros católicos a quienes les cuesta aceptar este criterio y, a menudo, se niegan a aceptarlo.

Los pastores Absalón Ávalos Gómez, de la Iglesia Apostólica de la Fe en Cristo Jesús, y Éter Neftalí, de la Iglesia del Buen Pastor, prefieren atenerse al dictamen médico en cuanto al momento de especificar la

³ Entrevista de Víctor Mario Ramos Cortés realizada el 15 de enero de 2008.

muerte. Desconfían del criterio de muerte cerebral por aquello de que siempre puede haber un milagro.⁴

En síntesis, puede afirmarse que considerar la muerte como un proceso tiene que ver con la combinación de tres perspectivas: por un lado, la conciencia de uno mismo sobre la muerte, particularmente de la muerte del otro; de esto se sigue la existencia de cuidados paliativos que prolongan la vida de la gente por la vía de la asistencia médica y, tercero, una consideración religiosa, no predominante pero sí presente que, al mirar la vida como un pasaje hacia otra mejor vida, considera la propia muerte como parte de un largo e inevitable proceso en el camino hacia la perfección celestial.

Perspectivas religiosas de la muerte

¿Qué hay después de la muerte? 51% afirma la existencia de «un encuentro con Dios», mientras que 15.6% responde que «nada o el vacío». Un significativo 13.3% señala la idea de la reencarnación y 8.8% piensa que, de cualquier manera, habrá un premio o un castigo.

De acuerdo con el censo poblacional del año 2010, 95% de los habitantes de la ZMG se declara católico. Existe a la vista una brecha entre la postura oficial del catolicismo y los pensamientos de los católicos conjugados en singular. No sólo porque una pequeña mayoría afirme un encuentro con Dios posterior a la muerte sino también por la consideración significativa de un 13.3% que piensa su reencarnación. Más significativo es el dato de que, entre quienes señalan la reencarnación desde la óptica de la escolaridad el segmento de quienes cuentan con estudios de licenciatura en adelante es el que mayoritariamente afirma la posibilidad de la reencarnación.

Al profundizar sobre el sentido de la muerte, aparece el sentido no sólo de la trascendencia sino también el del misterio. Diría, además, que aparecen unidos aunque admiten otros pasajeros a bordo, tales como la visión sobre el vacío o la misma reencarnación. Tal vez por ello, lo fundamental en la concepción de la muerte sigue siendo el misterio.

⁴ Entrevistas de Luis Rodolfo Morán Quiroz, 2 y 26 de febrero de 2008, respectivamente.

Que la muerte es un misterio es la afirmación fundamental en la visión religiosa. En el cristianismo es una visión compartida por católicos, evangélicos y pentecostales, las denominaciones religiosas predominantes en la ZMG. El misterio de la muerte está asociado al de la vida misma. Se trata del sentido de la existencia humana que, si bien se valora en el presente, tiene su referente principal y definitivo, en la trascendencia.

El máximo enigma de la vida humana es la muerte.... Mientras toda imaginación fracasa ante la muerte, la Iglesia, aleccionada por la Revelación divina, afirma que el hombre ha sido creado por Dios para un destino feliz situado más allá de las fronteras de la miseria terrestre (GS, 18).

La idea de la muerte como misterio está presente también en los no creyentes. En opinión de Georges van Hout, «el misterio es algo que existe para un hombre racional y razonable, que está a la vez en la muerte y es exterior a la muerte, en la medida en que él emerge fuera de ella, donde la piensa» (Jankélévitch, 2004: 53). Siguiendo al filósofo francés, Gabriel Marcel, Hout distingue entre «problema» y «misterio». El «problema» está pensado para algo externo a uno mismo. Pensar la muerte es, entonces, un problema como cualquier otro. Si se le pregunta a un biólogo sobre la muerte, puede explicarnos esa realidad desde su propia perspectiva. Lo mismo si lo hacemos desde la demografía, la medicina o desde cualquier otra disciplina. El problema es un dato externo, que está ante nosotros y es susceptible de analizarlo. El misterio, en cambio, es algo interior al ser humano. La muerte es, pues, un problema y un misterio.

Si bien es conveniente reconocer, como lo hemos hecho ya, que entre las concepciones oficiales y las de los creyentes existe una brecha, es necesario precisar cuáles son estas visiones oficiales que pueden servirnos como parámetro de lo que debería ser y, en muchos casos, no es. De acuerdo con el Catecismo de la Iglesia Católica (CIC), las perspectivas sobre la muerte pueden ordenarse en tres niveles:

1º. *«La muerte es el final de la vida terrena.* El recuerdo de nuestra mortalidad sirve también para hacernos pensar que no contamos más que con un tiempo limitado para llevar a término nuestra vida: 'Acuérdate de tu Creador en tus días mozos..., mientras no vuelva el polvo a

la tierra, a lo que era, y el espíritu vuelva a Dios que es quien lo dio» (Ecl. 12,1.7; CIC, 1007).

Esta concepción favorece la idea de que la muerte es un momento que se ubica, justo, en el límite de la vida. Se trata de un final terrenal que, a su vez, expresa el momento de ingreso en «la otra vida», en la del encuentro con la divinidad. Es importante señalar que las miradas religiosas sobre la muerte constituyen un aro ecléctico incluso dentro del catolicismo. Lo mismo puede encontrarse posturas que favorecen la concepción del momento que otras que favorecen la idea de la muerte como proceso.

La concepción de la muerte como el fin de la vida terrena favorece la idea de la separación entre el alma y el cuerpo, que es una idea antigua proveniente de los griegos, principalmente de Platón y que, para algunos moralistas no es adecuada a los tiempos actuales. Para el presbítero Roberto Ramos Godínez es mejor considerar al cuerpo y al alma como una «unidad total». Admite que por «razones pedagógicas» algunos sacerdotes siguen predicando la visión dualista que hace la separación entre el alma y el cuerpo. Afirma: «No se sostiene más esta visión. Desde 1983 el Código del Derecho Canónico quitó el impedimento de la cremación en clara aceptación de la inutilidad de la visión dualista.»⁵

El pastor Neftalí, por el contrario, no deja lugar a dudas:

Cuando el paciente o la persona da su último aliento, cuando aspira por última vez, para nosotros dejó ir el alma. Dice en el libro de Génesis que 'cuando Abraham estaba anciano y lleno de días exhaló el espíritu', dejó ir el espíritu, se separó el alma del cuerpo. Entonces para nosotros el ser humano está formado por cuerpo y alma, el cuerpo vuelve a la tierra como dice la Biblia y el espíritu vuelve a Dios.⁶

De acuerdo con nuestra encuesta, 30.1% considera que una persona ha muerto cuando «se va el alma del cuerpo». En la ZMG no existe contradicción fuerte para aceptar una visión religiosa (específicamente cristiana y mayoritariamente católica) con la idea de la muerte como un

⁵ Entrevista de Víctor Mario Ramos Cortés, el 15 de enero de 2007.

⁶ Entrevista de Luis Rodolfo Morán Quiroz, el 26 de febrero de 2007.

proceso, pero ello no significa tampoco, que la perspectiva de la muerte como un momento de término de la existencia terrenal esté descartada. Pareciera decir que, si bien se trata de un proceso, al final de cuentas tiene un momento específico y determinado.

«En esta 'partida' (Flp. 1, 23) que es la muerte, el alma se separa del cuerpo. Se reunirá con su cuerpo el día de la resurrección de los muertos». (CIC, 1005).

2°. «*La muerte es consecuencia del pecado.* La muerte entró en el mundo a causa del pecado (Rom. 5, 12; Denzinger, 101, 174 y 793). Aunque el hombre poseyera una naturaleza mortal, Dios lo destinaba a no morir. Por tanto, la muerte fue contraria a los designios de Dios Creador, y entró en el mundo como consecuencia del pecado (Sab. 2, 23-24). 'La muerte temporal de la cual el hombre se habría liberado si no hubiera pecado'» (GS, 18), es así el 'último enemigo' del hombre que debe ser vencido (Cf. 1Co. 15, 26; CIC, 1008).

Este aspecto, que se encuentra enraizado en la tradición teológica cristiana, constituye uno de los núcleos fundamentales del credo. Esto justifica la presencia y actividades de las iglesias en sus propios contextos. Si no hubiese pecado y muerte no tendría razón de ser la existencia misma de las iglesias y sus actividades. «No fue Dios quien hizo la muerte ni se recrea en la destrucción de los vivientes... por envidia del diablo entró la muerte en el mundo» (Sab. 1, 13; 2, 24; CIC, 413). «...la muerte corporal es natural, pero por la fe sabemos que realmente es 'salario de pecado' (Rom. 6, 23; CIC, 1006).

3°. «*La muerte fue transformada por Cristo.* Jesús, el Hijo del Dios, sufrió también la muerte, propia de la condición humana. Pero a pesar de su angustia frente a ella (Cf. Mc. 14, 33-34), la asumió en un acto de sometimiento total y libre a la voluntad del Padre. La obediencia de Jesús transformó la maldición de la muerte en bendición» (Rom. 5, 19-21; CIC, 1009). Esto es, justamente, lo que constituye la oferta de las iglesias cristianas: la muerte fue superada por Cristo y sus bendiciones se expanden a través de ellas.

Por la vida salvífica de Jesús es posible comprender la muerte como un proceso, es decir, en tanto que la propia vida constituye la posibilidad de imitar a Cristo y, con ello uniéndose a su obra salvadora, superar en la vida cotidiana la maldad de la muerte. «Por Cristo y en Cristo se ilumina el enigma del dolor y de la muerte, que fuera del Evangelio

nos envuelve en absoluta oscuridad» (GS, 22). «Por este misterio (el Pascual) 'con su muerte destruyó nuestra muerte y con su resurrección restauró nuestra vida'» (SC, 5).

Ahora, por la resurrección de Cristo, el sentido de la muerte es totalmente positivo: «Para mí, la vida es Cristo y morir una ganancia» (Flp. 1, 21). «Si hemos muerto con Él, también viviremos con Él» (2 Tim. 2, 11). Si morimos en la gracia de Cristo, la muerte física consume este 'morir con Cristo' y perfecciona así nuestra incorporación a Él en su acto redentor» (CIC, 1010). Desde esta perspectiva, señala el pastor Absalón Ávalos, que en el funeral cristiano cabe el llanto y el dolor, pero no la desesperación.

La ética de la vida... y de la muerte

Que exista una ética en la vida no cabe la menor duda, ¿pero una ética en la muerte? ¿A qué nos referimos con esta expresión? Hacemos referencia a dos aspectos fundamentales: por un lado, la conexión entre la vida y la muerte, su mutua interacción y reciprocidad y, por otro, a la posibilidad de construir una concepción sobre la muerte digna.

Hay una creencia generalizada de que como se vive se muere. Aparece esta conexión en los diversos instrumentos de análisis pero se presentó con mayor fuerza en la sistematización de la experiencia de los procuradores de órganos y tejidos. Es decir, allí, en los momentos de tragedia y dolor a los que cotidianamente tratan estos procuradores, surge la visión sobre una vida que mereció esa muerte, o sobre esa muerte entendida por la vida llevada. A menudo, la negación de la muerte obnubila la perspectiva de la vida pero es, sin duda, una referencia continua.

La relación entre la vida llevada y la vida que puede prolongar por la donación parece extenderse como una de las causales más recurridas a la hora de decidir la donación. En muchos casos, los deudos encuentran en la donación un nuevo sentido a la vida acabada de su ser querido, es decir, a su muerte que es capaz de donar vida.

¿Cuál es la actitud de quienes viven en la ZMG frente a la muerte? 55.9% es consciente de que llegará y la tiene en el horizonte. No significa que se prepare para ello, simplemente que la toma en cuenta; 17% prefiere no pensar en la muerte y otro 16% manifiesta tenerle temor; para 7.7% la muerte le es indiferente; para una mayoría 71.9% la muerte

es un referente de la vida cotidiana; y a 24.7% la muerte no es parte de sus horizontes de vida.

Es un hecho que lo que no puede morir es que no ha sido vivido. Sin embargo, ¿cómo es posible pensar la muerte? Es obvio que sólo puede pensarse desde la vida, la fuente de conocimiento radica en la realidad de la vida como autocomprensión. La muerte de un tercero es, a menudo, una cuestión numérica, relativamente banal: «murieron ocho personas en un trágico accidente en la carretera...» Se trata de una muerte impersonal y anónima, como fenómeno social. La muerte, en segunda persona, la muerte de alguien cercano es lo más parecido a mi propia muerte. Este tipo de muerte es el que más se piensa de manera seria. Se parte de la pérdida, pero también de la cercanía de la muerte conjugada en primera persona. Cuando veo al difunto me puedo ver a mí mismo, en relación con la vida que llevo y con mi propio desenlace. Quizá por esto, casi una cuarta parte de la población (24.7%) prefiera no poner entre sus horizontes el pensamiento sobre la muerte.

La llegada del envejecimiento es un espacio privilegiado para la reflexión sobre la muerte. De quienes tienen más de 60 años, 73.3% sabe que la muerte llegará y está consciente de ello. A ninguno de este segmento le es indiferente y sólo 13.3% prefiere no pensar en ella. El envejecimiento significa tanto la irreversibilidad del pasado como el alargamiento de la vida. Bien entendida, la vocación del hombre es, como señala Edgar Morin, alargar cada vez más la vida humana (1999: 22).

Frente a la propia muerte, la relación con la vida salta a la vista en Guadalajara. Ante la pregunta de cuál aspecto es el más importante cuando se piensa en la muerte de uno mismo, las respuestas apuntan a la vida: 20.6% se interroga sobre el sentido de su propia vida, 18.8% sobre lo que ha hecho con su vida y 13.5% lo que le faltó hacer en vida; 52.9% piensa en su propia vida al pensar su propia muerte. Si a ello agregamos que 22.1% se interroga sobre lo que hará su familia y sus amigos, la cifra de quienes piensa en la vida se eleva a 75%

A pesar de la fuerte raigambre cultural religiosa, cuyo acento oficial está puesto en el «más allá», sólo 12.8% dirige sus reflexiones hacia dónde irá después de la muerte. Si bien con esta cifra se advierte ya una brecha entre las propuestas oficiales de las iglesias cristianas, la perplejidad aflora al agregar que 12% manifiesta que «no piensa nada».

Un tercio de los entrevistados se aleja de las visiones propuestas por sus iglesias y pone el acento en la vida propia y la de sus familiares.

Las expresiones simbólicas alrededor de la muerte, que conforman una especie de culto, no están relacionadas directamente con el sentido de la trascendencia sino con el sentido de la propia vida y la de los seres queridos. Esto es lo que hace posible que la muerte pueda ser analizada, como lo hace Claudio Lomnitz, desde la perspectiva de la construcción de la identidad nacional y, con ella, del uso político nacional de la muerte como justificadora y explicadora del sentido de la vida pública.

La peculiaridad del culto mexicano de la muerte se hace evidente en cuanto se comprende que lo que está en juego no es la sublimación de la muerte estoica (aunque ésta también existe en México), sino la nacionalización de la familiaridad juguetona y la cercanía con la Muerte (2006: 34).

Dos acotaciones son necesarias antes de emprender el vuelo hacia una reflexión sobre la muerte digna. La primera es que el concepto de muerte digna, que tiene como sinónimos «morir con dignidad» y «morir dignamente», entre otros, tiene un contenido polisémico, es decir, lo mismo es utilizado por quienes se oponen a la eutanasia y el suicidio asistido (piénsese en las posiciones tradicionales de la bioética) que por quienes sostienen justamente lo contrario (Hemlock Society), (Manzini, 2002: 1). Ya desde aquí el debate se encuentra, por decir lo menos, polarizado: no está claro que significa morir con dignidad.

La segunda acotación tiene que ver con el señalamiento de que una muerte digna sólo puede presentarse en el caso de una muerte *intervenido*, es decir, aquella muerte que es asistida o acompañada. Se trata, entonces, de un concepto cultural dado que será «digno» lo que la persona que está falleciendo considere o lo que las personas que están en su entorno piensen respecto a la dignidad del morir.

¿Cómo es, entonces, una muerte digna?

La respuesta a esta interrogante se encuentra en el cruce de dos perspectivas: la decisión personal y la percepción cultural. Una y otra se retroalimentan mutuamente. Es probable afirmar que para el hombre de la antigüedad morir dignamente era morir con honor frente a los demás y, si se trataba de morir luchando por los propios ideales o con-

vicciones, todavía mejor.⁷ En la edad media se anunciaba la muerte con antelación y se preparaba la ceremonia. Entre los nobles era un festejo, dependiendo del nivel del noble era el nivel de la dignidad exigida. Más adelante, en la época moderna, la muerte se esperaba en el hogar en compañía de los familiares y amigos, era un acto social, en ello radicaba la dignidad.

¿Cómo puede hoy, en una visión posmoderna, considerarse una muerte digna?

De acuerdo con Ariès, el estilo actual de la muerte es una muerte escamoteada,

las aparentes manifestaciones de duelo se han vuelto reprobables y desaparecen. Ya nadie va de luto... Un pesar demasiado patente no inspira piedad sino repugnancia; es indicio de perturbación mental o de mala educación: es morboso... (...) queda el derecho a llorar donde nadie pueda vernos ni oírnos; el duelo solitario y vergonzoso es el único recurso, como una especie de masturbación (1982: 57).

De acuerdo con el teólogo moralista español, Marciano Vidal, una muerte digna debería cumplir con los siguientes requisitos: a) alivio del sufrimiento y prolongación de la vida humana; b) respetar el morir como acto personal; c) evitar el ocultamiento actual alrededor de la muerte; d) organización sanitaria que permita la asunción consciente del proceso por el moribundo y su vivencia en clave comunitaria; e) favorecer la vivencia del misterio humano-religioso de la muerte; f) y finalmente, el uso de la sedación terminal, si el paciente lo quiere (Manzini, 2002: 4).

Para Javier Elizari, la muerte digna incluye los siguientes aspectos: a) la presencia solidaria de los otros, b) el alivio del dolor y otros síntomas,

⁷ Sócrates fue condenado a muerte acusado de corromper a jóvenes al exponer sus ideas. Cuenta la tradición que al ponerse el sol, el carcelero le llevó la cicuta. Sócrates la bebió con calma. Todos los asistentes lloraban, hasta el carcelero. Pronto sintió Sócrates que las piernas se le ponían tiesas. Dijo, sonriendo a uno de sus discípulos: «Debemos sacrificar un gallo a Asclepio, no olvides satisfacer esta deuda». Murió un momento después (399 a C.). Disponible en: j.orellana.free.fr/textos/socrate.htm. Cfr. «Fedón», de Platón.

c) la asistencia psicológica, d) la veracidad y, e) la libertad (Blanco, 1997: 50).

La caracterización que hace el Instituto de Medicina de los Estados Unidos es más simple y pragmática. Una muerte digna es aquella que cumple estas características: a) libre de todo sufrimiento evitable para los pacientes, familiares y cuidadores; b) congruente con los deseos del paciente y su familia; y, c) consistente en los estándares clínicos, culturales y éticos (Manzini, 2002: 5).

¿En dónde radica, al final de cuentas, el criterio de dignidad de la muerte? La referencia es, de nuevo, la dignidad de la persona, la dignidad de la vida vivida como tal. De allí que el criterio fundamental es que la muerte digna está en función de lo que decida la persona que se muere, si es posible decidirlo en ese momento, o bien si previamente ha expresado sus deseos. La función de los familiares y los cuidadores es cuidar la manera personal de morir, así como respetamos la manera personal de vivir. Es, finalmente, una extensión del derecho humano e inalienable a vivir y morir como parte de un proceso de ser, estar y partir de este mundo.

¿Tiene el paciente o moribundo la posibilidad de elegir cómo morir? Tal parece que se trata más de una aspiración que de una práctica estándar para todos. Morir dignamente sigue siendo un tema polémico. ¿Incluye o no la eutanasia y el suicidio asistido? Eso depende de la concepción de la persona, de la cultura y, por supuesto, repercute en la legislación.

La vida y la muerte son un binomio insoluble no sólo desde el punto de vista filosófico sino que en la ZMG es también una comprobación empírica. La angustia que provoca la muerte, no proviene del más allá sino del pasaje de aquí a allá (Jankélévitch, 2004: 99). Y la angustia se da aquí. La angustia es del territorio de los vivos. No podemos saber si después exista. De aquí que la muerte digna, con todo y la angustia y más allá de las posiciones sobre si incluiría o no a la eutanasia y al suicidio asistido, es un derecho intrínseco a la persona viva o a la salvaguarda de sus decisiones. El acompañamiento de la música o de otras expresiones lúdicas se encuentran en esta perspectiva.

La ética de la vida tiene una línea continua con la ética de la muerte, pasando por una ética de la plenitud y del envejecimiento. En último término, se trata de un proceso en lucha por la libertad de decidir cada

quien, en medio de su cultura, sus creencias y sus atavismos. El diálogo y el debate son siempre bienvenidos incluso para intentar comprender el misterio de la muerte. De allí que no se trata de concebir la muerte como un secreto sino como un misterio que busca ser comprendido, no ocultado ni relegado, sino demandante de encuentros, sentimientos, inteligencias y discernimientos.

Conclusiones

En cuanto a si la muerte es un proceso que va con la vida o un momento determinado por el criterio cardiorrespiratorio, va ganando terreno la primera idea aunque subsiste la segunda. De allí que, ante el fenómeno de la muerte cerebral siempre cabe esperar un milagro. La aceptación de la muerte se vuelve más difícil, sin embargo, cada vez hay más comprensión de que el cese de la actividad cerebral es, *de facto*, una muerte.

Es de llamar la atención que, en algunos casos, la donación de órganos y tejidos se convierte en un aliciente para aceptar la muerte dado que, con este acto, se extiende la vida del donador.

Hay un amplio sector de la población que prefiere no pensar en la muerte. No reflexionar seriamente sobre ella; este es el punto, porque hablar de ella, reírse de ella e incorporarla en el imaginario social y político mexicano está más que desarrollado. No pensar la muerte y a la vez reírse de ella parece un mecanismo de defensa frente a una incertidumbre que se combina con certezas religiosas. Si bien la salida de la religión como factor explicativo y ordenador de la sociedad se encuentra en franco proceso no sucede de la misma manera en la experiencia individual y social sobre la muerte.

El diagnóstico médico sobre la muerte es el referente comúnmente aceptado por la población. No se conoce mucho sobre los vericuetos e incertidumbres de la ciencia médica para la elaboración del diagnóstico. A la vista salta el criterio cardiorrespiratorio. Aunque se advierten cambios, el diagnóstico de muerte neurológica tiene dos problemas que pueden generar conflictos éticos:

a) El primero se refiere a la certeza del diagnóstico clínico y a la suficiencia de los medios técnicos utilizados para corroborarlo. El principal «riesgo ético» en este sentido es el abandono anticipado de medidas de apoyo vital y la extracción de órganos de una persona gravísima y con

quizá nulas posibilidades de recuperación, pero que aún no está muerta neurológicamente.

b) El segundo se relaciona con la certeza que pueda tener para todas las personas, para todas las creencias, el diagnóstico de muerte usando el criterio neurológico y no el tradicional cardiorrespiratorio. Como estos son criterios científicos, la sociedad (incluyendo la Iglesia católica) sigue teniendo razones consistentes y se resiste a aceptarlos como criterios de muerte.

El disenso es posible y, de hecho, se da y merece el mayor respeto. Esto tiene especial relevancia al referirnos al consentimiento para la donación de órganos. Junto con el reconocimiento de estos problemas puede advertirse que en la ZMG va ganando terreno el abandono del criterio cardiorrespiratorio como único criterio para dar lugar a los criterios de muerte cerebral (comité de Harvard) o encefálica (comité de Minnesota) aunque persiste, con amplitud, la evidencia del criterio cardiorrespiratorio.

Bibliografía

- Ariès, P. (1982). *Historia de la muerte en Occidente*. Barcelona: Argos Vergara.
- Drane, J. F. (2000). ¿Suicidio asistido como solución a los problemas con el proceso de morir? *Actas de las VI Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de la Asociación Argentina de Bioética*, La Plata, 7 de noviembre de 2000.
- Iglesia católica (2003). *Catecismo de la Iglesia Católica (CIC)*. Roma.
- Jankélévitch, V. (2004). *Pensar la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lomnitz, C. (2006). *La idea de la muerte en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Manzini, J. L. (2002). Anhelos y realidades: reflexiones acerca de la muerte digna. *Boletín Científico de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos*. Buenos Aires, octubre.
- Morin, E. (1999). *El hombre y la muerte*. Barcelona: Kairós.
- Vaticano II, Concilio (1963). *Sacrosantum Concilium (SC)*. *Constitución sobre la sagrada liturgia*. Roma, en San Pedro.
- (1965). *Gaudium et Spes (GS)*. *Constitución pastoral sobre la Iglesia en el mundo actual*. Roma, en San Pedro.

Citas bíblicas

- Ecl. Eclesiastés.

- Flp. Carta a los Filipenses.
- Rom. Carta a los Romanos.
- I Cor. Primera Carta a los Corintios.
- Mc. Evangelio de San Marcos.
- Sab. Libro de la Sabiduría.
- Tim. Carta a Timoteo.

Screen-lore: la ficción audiovisual y el trasplante de órganos

La temática del trasplante de órganos ha sido ficcionalizada y puesta en escena en la literatura, el cine y la televisión. Ahí la encontramos dramatizada, representada, puesta en escena, transformada narrativamente y difundida al público, que la convierte en nuevos temas y motivos en la narrativa popular, reactualizada y perpetuada. Se trata de un *screen-lore*, neologismo formado a partir de la sabiduría popular (*folclore*) y las pantallas (*screen*) de los medios audiovisuales, entendido como la forma moderna más extendida a través de la cual se difunde la moderna cultura popular mediática. Es a través de los medios de comunicación modernos que se ficcionalizan las leyendas y tradiciones populares y se difunden en las industrias culturales, particularmente de Hollywood e internet con alcances planetarios.

Las puestas en escena en la ficción audiovisual han cambiado con el tiempo, al analizarlas accedemos a las representaciones de una época; sus temáticas, lenguajes, mitos, esperanzas, angustias y preocupaciones. No es el mismo lenguaje el que vemos en las películas de 1940 que el observado en las de 2010, ni la misma trama ni las mismas preocupaciones. Antes se subrayaban aspectos como el origen social del «donante», hoy se resaltan temas como la clonación, la mercantilización y el tráfico de órganos.

En este breve capítulo analizaremos algunos ejemplos de la dramatización ficcional de la leyenda del trasplante y robo de órganos a través de representaciones cinematográficas. No es un recuento exhaustivo sino ilustrativo. Es de orden cronológico y se nombran las películas por su título original, debido a que en México, Argentina y España, como principales distribuidores y exhibidores en el mundo de habla hispana, la traducción

doméstica del título original suele cambiar, a veces de forma importante. He incluido algunas ficciones televisivas pero no son la parte principal de este trabajo debido a su dificultad para ser rastreadas y vueltas a ver.

El cine destaca por ser rico en la temática sobre el robo de cuerpos, de sus partes y el uso de sus órganos con fines misteriosos. Las primeras películas que hablan del tema son ingenuas para la sensibilidad contemporánea, pues suelen tratar de implantes de extremidades y partes completas del cuerpo (brazos, manos, cabezas) como en el relato de Mary Shelley, *Frankenstein*. El tema principal era volver a la vida cuerpos que ya habían muerto, pero también se expresaba el temor a que ciertas partes de los cuerpos muertos conservaran características que el individuo había tenido en vida. Tal idea se plantea, por ejemplo, en la película *Black friday* (1940), con Boris Karloff y Bela Lugosi, donde un científico experimenta con cuerpos muertos y les trasplanta cerebros de fallecidos recientes. Tiene éxito al volver a la vida a un amigo suyo recién fallecido, un profesor universitario, al que le implanta el cerebro de un gánster, lo que provoca que la personalidad del malhechor «despierte» cada cierto tiempo en el cuerpo del profesor.

Sin embargo, la película que inaugura la temática moderna del robo de órganos, tal como lo imaginamos hoy, es *Coma* (1978), de Michael Crichton, protagonizada por Michael Douglas y Geneviève Bujold, basada a su vez en la novela homónima de Robin Cook, que describe el robo de órganos a pacientes en coma dentro de un hospital de prestigio. En la trama que narra la película varios pacientes que han sufrido una operación menor caen en coma debido a complicaciones inducidas por parte del personal hospitalario.

A partir de aquí aparecerán varias constantes que acompañan a la leyenda del robo de órganos: mafias poderosas y bien organizadas, un mercado negro activo y demandante, precios exorbitantes y la participación entusiasta de médicos y autoridades en las conjuras.

Otro ejemplo fue la serie de policías de Nueva York *Hill street blues* (1981-1987), que en el episodio titulado *Invasion of the Third World body snatchers* (La invasión de los secuestradores de cuerpos del Tercer Mundo, episodio 18 de la segunda temporada, transmitido en 1982), narraba que un cadáver de hombre se vendía en 695.50 dólares en el mercado negro de trasplantes de órganos y «las córneas a 60 dólares el gramo» (*sic.*).

Por su parte las películas americanas de terror para adolescentes *Urban Legend* (1998) y *Urban Legend 2* (2000), también ponen en escena la leyenda del robo de órganos en ciertos momentos de sus tramas a través de las pláticas de los adolescentes protagonistas.

En una escena de la película brasileña *Central do Brazil* (1998), el protagonista, un niño, se encuentra atrapado en una casa clandestina a la espera de que lleguen por él y le extraigan los órganos para ser enviados a Europa o a Estados Unidos. Recordemos que varios rumores sobre el robo de órganos circularon en Brasil en este periodo, situación de la que se sirve el guión para aderezar el interés de la trama.

En la comedia de humor negro australiana *Muggers* (2000) un par de estudiantes de medicina realizan extracción de riñones a varios de sus vecinos para pagar sus estudios. Las extracciones las realizan en su propio departamento al tiempo que beben cerveza, fuman y charlan animadamente.

En la película del británico Stephen Frears, *Dirty Pretty Things* (2002), el gerente de un hotel londinense donde trabajan inmigrantes clandestinos les ofrece a éstos diversas formas de hacerse de dinero y un pasaporte británico mediante prácticas ilegales, entre ellas someterse a una operación de extracción de un riñón a cambio de dinero para pagar sus documentos.

La película turca *Kurtlar Vadisi: Irak* (*El valle de los lobos: Irak*, 2006), parodia al ejército de ocupación norteamericano y el uso que dieron a la tristemente célebre prisión de Abu Ghraib, pues muestra al médico de la prisión norteamericano exportando riñones de prisioneros iraquíes hacia Israel y Nueva York.

En la serie americana de detectives forenses *CSI: Crime Scene Investigation*, de la cadena Sony, se transmitió el capítulo «Organ Grinder» (órganos molidos, episodio 11 de la segunda temporada, diciembre de 2001) en el que una atractiva mujer asesinaba a sus amantes para alimentarse de sus «partes vitales» y conservar su juventud (leyenda de la inmortalidad). Durante el transcurso de la investigación los detectives se acercan al gerente de una funeraria quien les platica que «por casualidad» se enteró de los precios que tienen los riñones en el mercado negro del país.

En la famosa serie de animación norteamericana *Los Simpson*, Bart aparece en los créditos iniciales castigado en el salón de clases anotando

do alguna frase en el pizarrón. En uno de esos episodios iniciales se lee que Bart está escribiendo: «Es mejor dejar los trasplantes de órganos a los profesionales».

En la serie de televisión *Vegas* (2007-2008), un episodio titulado «Urban legends» escenifica a un hombre que ha ganado una importante apuesta en el casino del hotel y para celebrarlo invita a su habitación a una atractiva mujer, despertando a la mañana siguiente con un riñón menos y el frustrado nuevo rico amenaza al hotel con una demanda millonaria por no haber cuidado de su seguridad.

En la serie de detectives *Law & Order: Special Victims Unit*, en el capítulo «Parts» (capítulo 22, quinta temporada) es destapada una red de robo y tráfico de riñones a partir de cadáveres no reclamados en la morgue, en colusión con un médico trasplantólogo de un hospital de prestigio en la ciudad de Nueva York.

El programa de «difusión» (más bien de tipo sensacionalista) *DDC – Difícil de creer*, del Canal 7, de la televisora privada mexicana TV Azteca, difundido el 17 de febrero de 2009, repitió todos los lugares comunes sobre la leyenda del robo de órganos, aderezando la información con imágenes chocantes y alarmistas.

En la película de acción *The island* (2005), dirigida por Michael Bay, con Scarlett Johansson y Ewan McGregor, la acción se ubica en un futuro cercano, en el año 2019. Aquí conocemos a un numeroso grupo de seres que viven juntos en una colonia bajo tierra, en un ambiente cuidadosamente controlado, a los que se les dice que son los últimos residentes de «Utopian». A todos se les promete participar en rifas periódicas para ser enviados a «la isla», el último lugar no contaminado de la tierra, para vivir una vida paradisiaca. El protagonista, llamado *Jordan Dos-Delta*, descubre que en realidad son clones que son empleados para servir como piezas de repuesto a sus dueños reales en el mundo exterior. *Lincoln Seis-Eco* escapa en compañía de su atractiva compañera *Jordan Dos-Delta* para buscar a sus verdaderos dueños mientras que son perseguidos por los vigilantes de la compañía.

En *Repo! The Genetic Opera* (2008), ópera-rock con Paul Sorvino, Anthony Head, Sarah Brightman y Alexa Vega, en el año 2056 una epidemia mundial de falla de órganos anima a una empresa *biotech*, *GeneCo*, a lanzar un programa que financia el pago de órganos artificiales a precios módicos. Si el cliente no puede pagar se activa la cláusula de

reposición (devolución) del órgano, aún a costa de la vida del cliente. La reposición queda a cargo de los *Repo Men*.

En el *thriller* norteamericano *Inhale* (2010), con Dermot Mulroney, Diane Kruger y Sam Shepard, un fiscal del estado de Texas y padre de familia, cuya única hija necesita con urgencia un trasplante de pulmón, se enfrenta al dilema moral de cruzar la frontera hacia México, en Ciudad Juárez, para comprar un órgano a través del «turismo de órganos» por \$100,000 dls. Sus tribulaciones son numerosas pues se entera que la red de traficantes es difícil de contactar. Para cuando logra acceder a ella se entera que la policía, los cárteles de la droga, políticos norteamericanos y doctores «altruistas» están coludidos. La película plantea que es posible conseguir un órgano en una semana pero bajo determinadas circunstancias es posible realizar trabajos urgentes en 24 horas, por 200,000 dólares. Así vemos que un niño pobre, sin familia, miembro de una pandilla, es atropellado intencionalmente con el fin de que se convierta en el donador del pulmón... así, sin más, sin verificación del historial médico ni tipo de sangre, sin examen alguno. Uno de los aspectos interesantes de la película es que juega con estereotipos y sobreentendidos diversos que parafrasean muchos de los mitos e imaginarios sobre el turismo de órganos: la frontera como lugar sin ley donde sólo los más fuertes (y corruptos) sobreviven. La vida ahí no vale, literalmente, nada. Los médicos «humanitarios» extranjeros que trabajan de forma «desinteresada» en una clínica para pobres lo hacen a nombre de una ONG llamada «Doctores a través de las naciones» (alusión a Médicos Sin Fronteras). Los pacientes ricos son seleccionados por algunos de los propios médicos norteamericanos implicados, a partir de las listas de espera oficiales del programa de donación de órganos de Estados Unidos y los médicos voluntarios (evidentemente norteamericanos) que trabajan en la clínica para pacientes pobres afirman creer en la «ley del presunto donador» que afirma que todos son donantes a menos que expresen lo contrario, los fondos obtenidos a través de la venta de órganos sirven para mantener la clínica y dar atención a nuevos pacientes necesitados.

La deshumanización y la mercantilización del comercio de órganos es denunciada en la película de ciencia ficción *Repo Men* (2010), interpretada por Jude Law, Forest Whitaker y Alice Braga. En esta película existe una compañía mundial que promueve el alquiler de órganos ar-

tificiales nuevos y mejorados a precios muy elevados con pagos mensuales. Cuando los clientes no pueden pagar la compañía recurre a los *Repo Men*, quienes deben recuperar por todos los métodos a su alcance el órgano implicado. La trama de la película plantea la toma de conciencia de un *Repo* quien se niega a recuperar los órganos de una atractiva joven y, en consecuencia, ambos deben huir de sus perseguidores.

Una reflexión interesante la plantea la película inglesa *Never let me go* (2010), cinta británica con Carey Mulligan, Keira Knightley y Charlotte Rampling, basada en una novela de Kazuo Ishiguro, donde niños-clones son criados en granjas para que, llegado el momento, sirvan para donar sus órganos. Al cabo de dos o tres «donaciones» son «retirados», pues ya no pueden seguir viviendo sin los órganos. Lo que plantea la película es que los clones nunca se revelan, son conscientes de su futuro y lo aceptan tal cual, mientras que a los humanos normales no les preocupa la situación de los clones, porque la sociedad jamás reconocería los derechos de los clones a cambio de regresar a las enfermedades incurables y dolorosas.

Esta es una pequeña muestra de las numerosas veces en que la leyenda del robo de órganos y la mercantilización de las partes del cuerpo han sido puestas en escena y dramatizadas para divertimento, indignación y morbo de numerosos espectadores. Más allá de la ficción, estos relatos audiovisuales son importantes en la medida en que contribuyen a hacer creíble y verosímil una leyenda tantas veces desmentida.

De los autores

Héctor José Mayorga Madrigal. Estudió medicina en la Universidad de Guadalajara (UdeG), se especializó en medicina interna y nefrología en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Actualmente es coordinador de trasplante renal del Hospital General de Querétaro.

Rodrigo Ramos-Zúñiga. Neurocirujano. Doctor en Neurociencias. Jefe del Departamento de Neurociencias del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la UdeG. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Miembro titular del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica.

Gabriela Paz Vélez. Médico cirujano. Asistente de investigación del Departamento de Neurociencias en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la UdeG.

Mauricio Méndez Huerta. Licenciado en filosofía y maestro en lingüística aplicada por la Universidad de Guadalajara. Asesor en la Universidad Pedagógica Nacional, Unidad 141 y profesor del Departamento de Filosofía de la UdeG. Sus áreas de investigación se bifurcan en dos sentidos: a) las relaciones entre la filosofía y la lingüística y b) problemas de ética práctica.

Omar Roberto Sánchez Villegas. Licenciado en letras hispánicas y maestrante por la Maestría en Estudios Filosóficos por la UdeG, con la investigación: «La identidad personal en John Locke: *puzzling ca-*

ses, conciencia de sí y nombre propio». Tiene publicados dos libros de narrativa; *Las humedades*, por Editorial Limbo, y *Las mil muertes absurdas*, elaborados como becario del CECAN. Actualmente labora en la UdeG en el área de prensa.

Carlos Fernando Ramírez González. Licenciado y maestro en filosofía por la UdeG. Presidente del cuerpo académico de lógica retórica y teoría de la argumentación de la UdeG. Profesor del Departamento de Filosofía. Miembro de la Academia Mexicana de Lógica.

Cuahtémoc Mayorga Madrigal. Doctor en filosofía, profesor de bioética en el departamento de filosofía de la UdeG. Miembro durante los años 2010 y 2011 del Comité de Ética del Consejo Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos del Estado de Jalisco; actualmente miembro del Comité de Ética del Centro Médico de Occidente del IMSS, de la Asociación Filosófica de México y del Sistema Nacional de Investigadores.

Ixchel Itza Patiño González. Licenciada en filosofía por la UdeG, maestrante del posgrado en bioética de la Universidad Nacional Autónoma de México, Colaboradora del CETOT durante 2010 y colaboradora del Comité de Ética Clínica del Centro Médico de Occidente del IMSS. Merecedora del tercer lugar del *Quinto premio estatal de investigación en materia de donación, procuración y trasplante de órganos y tejidos*, otorgado por el CETOT en 2011.

Itzel Villa Páez. Licenciada en filosofía por la UdeG, maestrante del posgrado en bioética de la Universidad Nacional Autónoma de México, colaboradora del CETOT durante 2010. Realizó una investigación titulada: *El altruismo en la donación de órganos desde una perspectiva utilitarista*.

Aldo Carbajal Rodríguez. Licenciatura en filosofía y maestría en lingüística aplicada por la UdeG, profesor del Departamento de Filosofía y del Instituto Cultural Cabañas en la Licenciatura en Artes. Autor de *Análisis del discurso médico: la argumentación en la consulta médica pública* y *Análisis de la argumentación en el discurso médico*, en *De análisis del discurso y política lingüística* 2010.

Francisco Javier Cortázar Rodríguez. Profesor investigador del Departamento de Estudios Socio Urbanos de la UdeG.

Víctor Mario Ramos Cortés. Inició sus estudios en el Seminario Diocesano, terminó los estudios de filosofía y teología y los posgrados de Ciencias Sociales y Política. Fue filósofo y sociólogo además de activista social alrededor de 30 años, luchando contra la tortura y a favor de los derechos humanos. Fue profesor e investigador de diversos departamentos del Centro Universitario de Ciencias Sociales de la UdeG. Participó en el Comité de Bioética del CETOT de sus últimas obras destacamos «Salmos de hoy».

Aspectos filosóficos y sociales del trasplante de órganos

se terminó de editar en noviembre de 2014

en Epígrafe, diseño editorial

Verónica Segovia González

Niños Héroes 3045-A1, colonia Jardines del Bosque

Guadalajara, Jalisco, México

La edición consta de 1 ejemplar

Corrección de textos:

María Amparo Ramírez Rivera

