

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO Y DONACIÓN DE ÓRGANOS: ¿UNA CUESTIÓN DE PRINCIPIOS? A PROPÓSITO DEL CASO DE LA “CRANEOPLASTIA CON VENDAJE”*

Pablo de Lora

Profesor Titular de Filosofía del Derecho (acreditado a Catedrático)

Facultad de Derecho

Universidad Autónoma de Madrid

SUMARIO: Introducción; 1. El caso; 2. Un breve apunte sobre la discusión en torno a la ética de los trasplantes en España; 3. Donación de órganos y cuidados al final de la vida: un potencial conflicto de intereses; 4. Principios, reglas y la prohibición de no matar; 5. ¿La craneoplastia con vendaje como forma de limitación del tratamiento de soporte vital?; 6. Conclusiones; 7. Referencias.

RESUMEN

¿Puede un paciente con pronóstico infausto al que se le ha practicado una craniectomía descompresiva ser sometido posteriormente a una craneoplastia con vendaje para de esa manera conducirlo a la muerte encefálica y que pueda ser donante de órganos? Un equipo del Hospital General de Asturias, previa consulta con expertos bioéticos, consideró que ese procedimiento era una forma de legítima “limitación del tratamiento del soporte vital”. En este trabajo se toman en consideración tres objeciones que se han esgrimido contra dicho proceder —el conflicto de intereses en el tratamiento al final de la vida y los beneficios del trasplante, el carácter absoluto de la prohibición de matar y la inadecuada caracterización de la craneoplastia con vendaje como una forma de limitación del tratamiento de soporte vital— y se

defiende: (1) la necesidad de extremar la transparencia en la presentación de las alternativas terapéuticas y paliativas en juego en el cuidado al final de la vida; (2) la existencia de un conflicto de deberes médicos que impide la aplicación automática de la prohibición de matar y (3) que ni la craneoplastia con vendaje ni la extubación terminal son meras limitaciones del tratamiento de soporte vital sino legítimas contribuciones médicas a la muerte del paciente siempre que se cuente con el consentimiento del paciente y la prolongación de su vida sea dañina.

PALABRAS CLAVE

Muerte encefálica, limitación del tratamiento de soporte vital, trasplante de órganos, doctrina del doble efecto, eutanasia.

* Este trabajo forma parte del proyecto de investigación “La regla del donante cadáver y la donación de órganos tras la muerte cardiocirculatoria: desafíos clínicos, éticos y jurídicos” DER2013-50411-exp, y pudo ser culminado gracias a una estancia de investigación en el Center for Bioethics de la Universidad de Harvard en el marco del Programa de Movilidad “Salvador de Madariaga” (2017). Agradezco muy especialmente a Christine Mitchell y a Robert D. Truog las muchas facilidades y atenciones brindadas para desarrollar mi investigación, así como a Alicia Pérez Blanco, David Rodríguez-Arias y Alfonso Canabal sus sugerencias y comentarios en la discusión de las ideas que se vierten en el texto. De los errores persistentes en el planteamiento yo soy único responsable.

ABSTRACT

Is the performance of a cranioplasty with bandage on a patient with poor prognosis and previously subjected to a decompressive craniectomy a legitimate form of “treatment” withdrawal in order to achieve death by neurological criterion, and, subsequently, procure his organs? A clinical team from the Hospital General de Asturias previously advised by some bioethical experts, considered so and in this paper I discuss three main objections that have been raised against their procedure: the potential conflict of interests that may permeate the decision; the mischaracterization of the cranioplasty as a way of “withdrawing futile treatment” and the violation of the medical imperative to refrain from direct killing. I conclude that (1) in cases as this transparency as to what is actually driving the therapeutic alternative at the end of life is of utmost importance; (2) that the rule that forbids doctors to kill coexist with other duties equally stringent, namely, the duty not to harm, and that (3) neither the removing of a respirator nor the cranioplasty with bandage are means of limiting futile treatment, but medical contributions to death that may be deemed ethical in circumstances in which there is consent by the patient and his remaining alive is a worst outcome.

KEYWORDS

Brain death, withdrawal of futile treatment, organ transplantation, doctrine of double effect, euthanasia.

INTRODUCCIÓN

No, no se dejen intimidar por el título. En pocas líneas se aclara y verán que resulta entendible, y, sobre todo, que se trata de un asunto de extraordinario interés también para los juristas. Lo segundo, la cuestión de los principios, les resultará más familiar a éstos, especialmente si han leído la polémica entre José María Rodríguez de Santiago y Gabriel Doménech a propósito de la decisión del Tribunal Constitucional alemán sobre la permisibilidad de derribar un avión secuestrado por terroristas que se dirige contra la población civil. Del trabajo del primero de ellos¹ importo el feliz interrogante para dar cuenta de la polémica suscitada por un novedoso procedimiento clínico llevado a cabo en el Hospital Universitario

Central de Asturias². La cuestión que ocupa una buena parte de aquella discusión es, como se verá, muy semejante a la controversia relativa al sacrificio de inocentes que viajan en el avión secuestrado: ¿cuál es el alcance de la ponderación? ¿Es que acaso el deber del médico de no matar no es un “imponderable”, una obligación que no cede ante las circunstancias del caso concreto?

Pero vayamos por partes. En primer lugar (sección 1) expondré el caso clínico, un procedimiento comprometido y comprometedor por razones diversas. Antes de escrutarlas, en la sección 2 haré un breve apunte contextual sobre el modo en el que transcurre en España la discusión en torno a los problemas y dilemas éticos de los trasplantes de órganos. En la sección 3 analizaré la primera de las objeciones formuladas contra el procedimiento realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias y que tiene que ver con el potencial conflicto de intereses que se genera entre las nobles pretensiones de optimizar órganos para trasplante y los cuidados al final de la vida. Los críticos también han objetado que el procedimiento de la craneoplastia vulnera ciertos deberes deontológicos, señaladamente el mandato de no matar que incumbe especialmente a los médicos, con lo que su realización es una degenerada expresión del “principalismo” imperante en la bioética clínica. Ello será analizado en la sección 4, y en la quinta, muy cohonestado con lo anterior, se discutirá hasta qué punto, como también han señalado los que han objetado al procedimiento, la craneoplastia con vendaje puede ser caracterizada como una forma de limitación del tratamiento de soporte vital (en adelante LTSV). En la sección 6 presentaré brevemente mis conclusiones.

1. EL CASO

Un varón de 38 años ingresa en la UCI del Hospital General de Asturias con un traumatismo craneoencefálico de pronóstico infausto. Tras las correspondientes consultas con el servicio de neurocirugía y comprobarse que el paciente es refractario a las medidas terapéuticas de primer nivel, se realiza una técnica quirúrgica conocida como “craneotomía descompresiva” (abrir el cráneo, en Román paladino) con el propósito de controlar la hipertensión endocraneal que sufre el paciente. Mediante ese

1 Rodríguez de Santiago, J. M. “Una cuestión de principios”. *Revista Española de Derecho Constitucional*. 2006; (77): 257-272; el trabajo de Gabriel Doménech “¿Puede el Estado abatir un avión con inocentes a bordo para prevenir un atentado kamikaze?” se publicó en la *Revista de Administración Pública*, número 170, mayo-agosto 2006, pp. 389-425.

2 Escudero D. et. al. “Craneoplastia con vendaje. Nuevas formas de limitación del tratamiento de soporte vital y donación de órganos”. *Medicina Intensiva*. 2013;37(3):180-184.

procedimiento, común para tratar esos traumatismos severos y rebeldes al tratamiento farmacológico, se libera el cerebro, inflamado por el traumatismo, de la presión que ejerce el cráneo. De resultar exitosa la medida el paciente es posteriormente intervenido para recolocar quirúrgicamente el colgajo óseo que se hubiera extraído, lo que supone una delicada operación de neurocirugía.

En este caso, sin embargo, la progresión no fue satisfactoria. El daño cerebral evoluciona de manera catastrófica e irreversible, con mínima ausencia de actividad eléctrica y ninguna posibilidad de recuperación. En estos pacientes, de no haberse practicado la craneotomía descompresiva, la muerte encefálica acontece irremisiblemente; en este supuesto, sin embargo, la herniación del cerebro y subsiguiente fallecimiento por criterio neurológico (muerte cerebral) no se produce, precisamente porque se ha producido la descompresión. De acuerdo con la expresión de los propios autores del artículo: "...se prolonga artificialmente un estado terminal".

El equipo de medicina intensiva se plantea entonces la posibilidad de "revertir" la medida adoptada, de la misma manera que se extuba a un paciente intubado – haciendo con ello posible su muerte cardiorrespiratoria- ante la futilidad del tratamiento o medida instaurada. La reversión consistiría en volver a colocar el hueso – "craneoplastia"- para generar los efectos que se evitaron con la descompresión, la situación de muerte encefálica a la que "naturalmente" habría evolucionado el paciente. Tal restauración, con todo, no se hará en el quirófano y con el concurso de los neurocirujanos – ¿para qué si el paciente va a morir inminentemente?- sino con un vendaje compresivo (y de ahí el nombrecito: craneoplastia con vendaje).

Si me han seguido hasta este punto – confío en que sí- se estarán preguntando: ¿por qué ese afán por transitar la avenida hacia la muerte encefálica y no proceder sin más a la retirada del respirador y el resto de medidas de soporte vital para que el paciente muera por el cese irreversible de la función circulatoria y respiratoria? La respuesta es sencilla: la muerte del paciente por criterio neurológico optimiza el trasplante de órganos (el número y calidad de los órganos extraíbles) pues se evitan los problemas de isquemia (falta de riego y oxigenación) a los que se enfrentan los equipos trasplantadores cuando la donación cadavérica se produce de resultas de la muerte cardiocirculatoria "controlada" (sea en una UCI o

en el quirófano³). Un paciente declarado en muerte encefálica sigue teniendo actividad cardiorrespiratoria asistida, con lo que los órganos mantienen la perfusión que les hace aptos para ser trasplantados. Sin embargo, cuando se decide la retirada del soporte ventilatorio y la muerte acaecerá por cese irreversible de la función circulatoria, la donación de órganos será posible sólo si se produce la asistolia (el paro cardíaco) en el plazo de 120 minutos desde la retirada del soporte vital⁴.

¿Puede ser considerada esa "reversión" mediante la craneoplastia con vendaje una forma de "limitación del tratamiento de soporte vital" (LTSV)? ¿Y es esa forma de morir preferible, validable desde la perspectiva de la ética clínica, a la vista de una posible donación de órganos⁵?

Esas cruciales preguntas fueron elevadas por el equipo de medicina intensiva que trataba al paciente al Comité de Ética del Hospital (CEAS), y, también, mediante una "solicitud personal de consulta", a un conjunto de "expertos bioéticos de reconocido prestigio nacional e internacional" (Diego Gracia, Pablo Simón, Marcelo Palacios, Pilar Miranda, Luis Cabré, Iñaki Saralegui, Koldo Martínez, Sebastián Iribarren y Miguel Casares).

De la opinión del CEAS del propio hospital no tenemos noticia en el trabajo publicado en *Medicina Intensiva*, pero sí de los segundos quienes coinciden en señalar que los tratamientos deben adecuarse a las voluntades expresadas por el paciente, si las hubiera; que la obstinación terapéutica, en un caso como el descrito, constituye mala praxis médica por contraria

3 Se trata del protocolo conocido como Maastricht III, o donación tras muerte circulatoria (DCD) controlada. Véase, entre la ingente literatura al respecto, Domínguez-Gil B. et. al. "Current Situation of Donation after Circulatory Death in European countries". *Transplant International*. 2011 (24): 676-686 y Corral, E. "Donantes a corazón parado tipo III de Maastricht: una opción real". *Medicina Intensiva*, 13 de diciembre de 2010 (disponible en <http://www.medintensiva.org/es/donantes-corazon-parado-tipo-iii/articulo/S0210569110002639/>, última visita el 30 de septiembre de 2016).

4 Menos aún –60 minutos- para el explante del hígado. Tras la asistolia se debe respetar un período de "observación" o "death-watch" para descartar la autorescitación espontánea. Dicho período es variable en las distintas jurisdicciones (véase "Current Situation...", cit) e incluso entre hospitales, y en el caso de España se fija en 5 minutos en el Anexo I del Real Decreto 1723/2012 donde se fija el protocolo para el diagnóstico y certificación de la muerte para la obtención de órganos de donantes fallecidos.

5 No es casualidad la cita de Bertolt Brecht de *Vida de Galileo* que sirve de entradilla al artículo de Escudero et. al. ("Que las cosas sean así no quiere decir que tengan que seguir siéndolo").

a la dignidad humana; que con esas premisas la LTSV, y por extensión la craneoplastia con vendaje, constituye buena práctica clínica pues “ahorra sufrimiento a la familia” y evita un “consumo innecesario de recursos”. La craneoplastia con vendaje, señalan, es “éticamente similar a otras formas de LTSV ya que no vulnera los principios de beneficencia y no-maleficencia”. Los expertos recuerdan igualmente que, en atención al principio de autonomía, hay que indagar sobre la voluntad del paciente respecto de sus cuidados al final de la vida y la donación de sus órganos; ausente su voluntad expresa serán los familiares los que tomen la decisión, para lo cual hay que transmitirles una información “exhaustiva, detallada y transparente de todo el proceso”. Una vez constatada la voluntad de donar, los profesionales sanitarios, en atención a la autonomía del paciente y a los valores de solidaridad social, deben realizar todo lo posible para que los deseos se cumplan, y eso es lo que ocurre con la craneoplastia con vendaje. “Hay que recordar – nos recuerdan los expertos bioéticos- que la donación de órganos en asistolia... es muy excepcional y que esta modalidad no puede garantizar la obtención de órganos para trasplante”. Así ocurrió en este caso pues el paciente finalmente declarado fallecido por muerte cerebral pudo donar 6 órganos.

2. UN BREVE APUNTE SOBRE LA DISCUSIÓN EN TORNO A LA ÉTICA DE LOS TRASPLANTES EN ESPAÑA

El procedimiento descrito ha sido objetado en diversos frentes. Antes de abordarlos, sin embargo, creo que es de justicia hacer una consideración preliminar sobre el proceder del equipo de profesionales que lo llevaron a cabo.

En España, la práctica de los trasplantes de órganos está cubierta por un manto de reverencial auto-satisfacción y nula o cuasi-nula discusión pública sobre los muchos asuntos controvertibles – éticos pero también jurídicos- que suscita⁶. Este autor ha sido testigo de cómo, por ejemplo, en el 6th International Conference on Organ Donation After Circulatory Death organizado por la European Society of Organ Transplantation (ESOT) y celebrado en París entre

los días 8 y 9 de febrero de 2013 el entonces director de la ONT, el Dr. Rafael Matesanz, afirmaba públicamente, ante cientos de profesionales sanitarios venidos de todo el mundo, que de las polémicas sobre los criterios para la determinación del fallecimiento – las muchas dudas que un número no desdeñable de reputados clínicos y bioéticos siguen albergando sobre la muerte encefálica, o en torno a los actuales protocolos de muerte cardiocirculatoria- “no se debía hablar”. Más recientemente, en una larga entrevista el Dr. Matesanz afirmaba en relación con el escepticismo recurrente en torno a la muerte encefálica: “La muerte cerebral está perfectamente definida desde hace mucho tiempo, lo que pasa es que de vez en cuando *surgen algunas informaciones sensacionalistas, sobre todo en la literatura alemana, que hay quien las compra pero que no tienen ninguna base científica*. La muerte cerebral la descubrieron los franceses nada menos que en el año cincuenta y nueve, y ya ha llovido desde entonces. *A ninguno de los que trabajamos en este campo nos produce la más mínima duda, una persona que está muerta, está muerta y punto, en la comunidad científica es algo que ni nos planteamos*”⁷.

Estas afirmaciones contrastan agudamente con lo que la responsable del procedimiento que aquí analizamos, la Dra. Dolores Escudero junto con otros autores (entre ellos Diego Gracia) señalan al respecto. Merece la pena citarles íntegramente: “Los avances científico-técnicos han ido modificando hasta la forma de concebir y morir de un ser humano. Ello ha generado controversias y grandes debates éticos... *La aceptación de la muerte encefálica como la muerte del individuo, fue rechazada como tal en sus inicios, y todavía hoy en día, casi 50 años después de los primeros criterios diagnósticos de la Universidad de Harvard, algunos colectivos no la aceptan*”⁸.

7 Entrevista de Ángel L. Fernández Recuero en el número de enero de 2016 de la revista *Jot Down*: <http://www.jotdown.es/2016/01/rafael-matesanz/> (las cursivas son mías). El número de trabajos científicos publicados en las revistas académicas del mayor impacto en el que se discute sobre los criterios encefálicos y cardiocirculatorios en la determinación de la muerte – no ya sobre sus modos de diagnóstico, sino sobre su aceptabilidad como definición de la muerte- es sencillamente abrumador y no merece la pena ahora en este espacio siquiera dar un mínimo listado. Baste mencionar el informe que elaboró a esos efectos la Comisión Presidencial estadounidense de Bioética en 2008 y que lleva por título: “Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President’s Council on Bioethics” (disponible en: <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/death/>, última visita el 3 de octubre de 2016). Para cualquiera que se aproxime a esos trabajos, la respuesta del Dr. Matesanz es llamativa cuando menos.

8 “En defensa de la craneoplastia con vendaje como forma de limitación del tratamiento de soporte vital”, *Revista electró-*

6 No es de extrañar: nuestras cifras de donantes medidos en millón de población nos sitúan sistemáticamente como líderes en el mundo. De acuerdo con los últimos datos publicados (<http://www.ont.es>) la tasa se sitúa en 40,2 donantes por millón de población lo cual sitúa a España como líder tras 24 años consecutivos (en este último año compartiendo liderazgo con Croacia).

Y conviene destacar que esos “colectivos” no son grupos de sensacionalistas, sino muy reputados clínicos y científicos. Para muestra un botón. De esta forma arranca su comentario editorial el anestesista pediátrico Robert D. Truog (Children’s Hospital, Boston) en el *Journal of Medical Ethics* de mayo de 2016: “La reciente declaración consensuada de la Sociedad Torácica Americana capta perfectamente el dilema ético central en la provisión de órganos para trasplante: ‘la tensión entre la necesidad simultánea de ‘órganos vivos’ de un ‘donante cadáver’ ha exigido el desarrollo de criterios muy explícitos para declarar el “momento” del fallecimiento a pesar de la ausencia de un fundamento biológico para ese grado de precisión”⁹.

Cuando algún investigador ha esgrimido, razonadamente y en la línea apuntada por Escudero y cols., las dudas éticas que suscita alguno de los procedimientos que, en materia de trasplantes, se llevan a cabo en España – señaladamente la donación tras muerte circulatoria no controlada o uDCD - la respuesta ha sido frecuentemente la de acusar al autor o autores de carecer de credenciales clínicas para tratar el asunto¹⁰, y, de paso, la de poner con ello en riesgo el sistema de trasplantes en España¹¹.

nica de Medicina Intensiva, Vol. 16, número 12 febrero 2016 (<http://www.medicina-intensiva.com/2016/02/A217.html>, última visita el 3 de octubre de 2016. cursivas mías).

9 “The price of our illusions and myths about the dead donor rule”. *Journal of Medical Ethics*. 2016; 42(5): 318-319, p. 318. La lista de referencias bibliográficas que apuntan en parecida dirección en publicaciones de primera fila sería interminable. Baste simplemente remitirme a la obra de Robert D. Truog y Franklin Miller y la bibliografía allí contenida: *Death, Dying and Organ Donation. Reconstructing Medical Ethics at the End of Life*, Oxford University Press, 2011.

10 Véase la entrevista de Diego Gracia a Rafael Matesanz en *Eidon*, Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud, número 39 de 2013 (DOI: 10.13184/eidon.39.2013.44-48).

11 Véase Rodríguez-Arias, D. y Ortega-Deballón, I. “Protocols for uncontrolled donation after circulatory death”. *The Lancet*. 2012; 379: 1275-1276; “Corazón que no late ¿cerebro que no siente? La dificultad de determinar la muerte de los donantes de órganos”. *Bioética Complutense*. 2012; 10: 11-13 (<https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2013-10-07-bioetica10.pdf>, última visita 30 de septiembre de 2016); “El debate bioético sobre la donación de órganos tras parada circulatoria: raíces de los desacuerdos” en *Bioética Complutense*, número 12, septiembre de 2012 (accesible en <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2013-10-07-bioetica12.pdf>, última visita el 30 de septiembre de 2016). Parajón, T. “Criterios de muerte, reanimación cardiopulmonar y donación en asistolia”. *Bioética Complutense*. 2012. 11: 11-14 y Blanco, A. “El trasplante y la escasez”. *Bioética Complutense*. 2012. 11: 13-15 (<https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2013-10-07-bioetica11.pdf>, última visita el 30 de septiembre de 2016). Algo parecido ocurre con la ya secular y persistente denuncia del economista de la salud Enrique Costas Lombardía según la cual lo que explica nuestro éxito en este ámbito es la existencia de fuertes incentivos eco-

Pues bien, en este contexto resulta particularmente loable el ejercicio de transparencia que han llevado a cabo los autores que firman el trabajo de *Medicina Intensiva* al informar sobre el caso y las razones que les llevaron a adoptar la decisión de practicar la craneoplastia con vendaje, abriendo así la posibilidad de una saludable deliberación pública, siquiera sea limitada a las revistas especializadas, sobre un asunto de máxima importancia e interés. Y, efectivamente, así ha sido aunque, como decía, la repercusión del debate tampoco puede exagerarse. Este artículo pretende así difundir, alimentar y proseguir la discusión.

IV. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: UN POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

Como he señalado en la introducción, tres han sido esencialmente las objeciones planteadas al procedimiento llevado a cabo por el equipo de la Dra. Escudero. Se ha apuntado, en primer lugar, que no resulta meridianamente claro, por lo descrito por Escudero y cols., que la familia del paciente – tal y como recomendaba el grupo de expertos consultados- fuera escrupulosamente informada sobre las razones que anidaban tras la práctica de la craneoplastia con vendaje. Recordemos que la “necesidad” o carácter preferente de esa alternativa frente a la extubación terminal deriva de que con esa técnica se aseguran más y mejores órganos para trasplante, es decir, una actuación que no es beneficiante para el paciente y que sólo está justificada, si acaso, porque constaba la voluntad consciente o previamente anticipada de aquél. La pregunta por lo tanto es pertinente: ¿estuvo presente claramente este factor – el de ser la actuación clínica destinada a optimizar el explante- a la hora de dar cuenta a los familiares de las alternativas de limitación del tratamiento de soporte vital?¹² O dicho de otra forma: ¿qué peso tuvo ese factor – la

nómicos a la “producción”, es decir, que los equipos trasplantadores reciben suculentos sobresueldos por los actos quirúrgicos que culminan en el trasplante; véase, por todos, Enrique Costas Lombardía: “España, Suiza y los trasplantes”, *El País*, edición de 20 de octubre de 2006 y Rafael Matesanz “Respuesta a Costas Lombardía”, *El País*, edición de 23 de octubre de 2006. Más recientemente Enrique Costas y Carlos Lozano Trotón, “Trasplantes o la fabricación del éxito”, *El País*, edición de 21 de enero de 2016

12 Véase Rodríguez Arias, D., Seoane, J. A., Ramil, C. y Molins, N. “Ética, nuevas formas de morir y donación de órganos”. *Medicina Intensiva*. 2014; 38(3): 196-197 y Alicia Pérez Blanco, “La craneoplastia con vendaje comprensivo no es una medida de limitación de soporte vital”, *Revista Electrónica de Medicina Intensiva*, 23 de febrero de 2016 (<http://www.medicina-intensiva.com/2016/02/A221.html>, última visita el 3 de octubre de 2016).

optimización del trasplante- a la hora de presentar las alternativas clínicas para los cuidados al final de la vida? ¿Qué presidió esa información y toma de decisiones: el beneficio para el propio paciente o el beneficio que se derivaría para los receptores de órganos? ¿Se hizo partícipe a los familiares de este potencial conflicto de intereses?

Se apunta con ello a un conjunto de problemas que, más allá de este caso específico y de la especulación que nos es dado hacer, permea todo el proceso de obtención de órganos en España: la no nítidamente trazada delimitación entre las actuaciones que llevan a cabo los profesionales sanitarios a cargo de los cuidados intensivos, y la operativa desplegada por los encargados de realizar el explante de los órganos. ¿Cómo podemos estar seguros de que en las prácticas hospitalarias actuales en España los médicos de intensivos están exclusivamente gobernados por el interés del paciente moribundo en su toma de decisiones, independientemente del carácter de potencial donante que aquél pueda tener? ¿Está todo dispuesto para que ese evidente conflicto de intereses *no sólo no se produzca sino que ni siquiera sea aparente*?

Hay motivos para dudarlo, y la mejor prueba de ello es la jactancia con la que, de nuevo el Dr. Matesanz, pondera el hecho de que en nuestro país la mayoría de los coordinadores de trasplantes sean intensivistas. Las razones son inmediatamente accesibles por todos y no cabe presentarlas de mejor manera que como el propio exdirector de la ONT lo hace: "... de hecho el 87% de los coordinadores son intensivistas. Hoy, en la inmensa mayoría de las autonomías, se encargan de la coordinación médicos de cuidados intensivos... la donación de órganos es algo que empieza cuando una persona muere en una unidad de vigilancia intensiva. Alguien tiene que darse cuenta de que hay un potencial donante, diagnosticar la muerte encefálica, hacer el mantenimiento hemodinámico y toda una serie de pasos... te das cuenta de que realmente el médico que está a cargo de ese donante es el intensivista y para hablar a un médico, y tratar todos los aspectos necesarios para que el paciente sea donante, hace falta otro médico, es una obviedad pero en la que no todo el mundo cae, pero es fundamental... Me di cuenta de que para ese puesto hacía falta otro médico que podía ser un nefrólogo, un anestesista, un intensivista o quien fuera, y que en gran manera las políticas de donación en muchos países habían fallado por eso"¹³.

¹³ Entrevista al Dr. Rafael Matesanz: <http://www.jotdown.es/2016/01/rafael-matesanz/>

Esta consideración contrasta agudamente con lo que, efectivamente, ocurre en otros sistemas – donde sin duda, todo hay que decirlo, las tasas de donación son mucho menores que en España. En Estados Unidos, por ejemplo, existen fuertes suspicacias sobre cómo los miembros de las *Organ Procurement Organizations* u OPOs – organizaciones privadas sin ánimo de lucro que tienen como misión lograr donaciones de órganos- son instados a aproximarse a los familiares de un paciente que es potencial donante. Una estrategia llamada “presuntiva”, y que ha sido últimamente implementada en aquél país, levanta recelos en la comunidad clínica y bioética porque, entre otras cosas, conmina a los coordinadores de las OPOs a presentarse como “integrantes del equipo médico”, sin desvelar al tiempo “... que su compromiso es explícitamente doble ya que – operando bajo la asunción de que la donación “es lo correcto”- representan simultáneamente los intereses del paciente o donante potencial y los de los potenciales receptores”¹⁴. Tal proceder, de acuerdo con Robert Truog, vicia el proceso de consentimiento informado de forma fatal. Pensemos, ejemplifica Truog, en el procedimiento que juzgamos como necesario para obtener un consentimiento informado si deseamos enrolar voluntarios en un ensayo clínico, una actividad también propiciada por el altruismo y que genera obvios beneficios sociales: “... en el proceso de obtención del consentimiento informado para la investigación hemos adoptado meticolosas salvaguardas para asegurarnos que aquél consentimiento es plenamente informado y voluntario, libre de cualquier manipulación o coerción; empero en el caso de la donación de órganos exigimos que las familias sean aconsejadas por gente cuya agenda y propósitos se encuentran inherentemente en conflicto. Esta estrategia amenaza gravemente la importancia que damos al consentimiento informado y mina principios fundamentales que dan apoyo al respeto debido al paciente y su familia”¹⁵. Pues bien: ¿qué diría Truog en una situación, como la española, en la que ese coordinador es un intensivista del propio hospital? ¿Y qué podríamos decir todos si resulta que cabe la posibilidad de que los responsables del servicio de medicina intensiva

¹⁴ Truog, R. D. “Consent for Organ Donation: Balancing Conflicting Ethical Obligations”. *New England Journal of Medicine*. 2008. 358 (12): 1209-1211.

¹⁵ Truog, “Consent for Organ Donation...”, cit., p. 1210. En la misma línea véase Rodríguez-Arias, D. “Final de la vida y donación de órganos: una relación tensa”. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid (Las fronteras del Derecho biosanitario)*, edición a cargo de Blanca Mendoza y Pablo de Lora, Vol. 18, 2014 (18): 351-390, p. 354-359.

mantengan fuertes lazos familiares con los coordinadores de trasplantes¹⁶?

V. PRINCIPIOS, REGLAS Y LA PROHIBICIÓN DE NO MATAR

“No podemos traducir todos nuestros dilemas éticos al principialismo y a un encaje a la medida en los principios defendidos”. Así se expresa el Dr. Alfonso Canabal en su carta al director de *Medicina Intensiva*¹⁷ añadiendo el recordatorio de que el código deontológico vigente establece la prohibición expresa de matar intencionadamente, también cuando media el consentimiento del paciente, y que la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos de la UNESCO de 2005 (artículo 3) impone un parecido límite al declarar indisponible e innegociable la vida humana. En el artículo que firma con sus colaboradores en *Acta Bioethica*¹⁸ abunda en la misma idea añadiendo que el principialismo se encuentra en “considerable revisión” y que no se puede “simplificar los dilemas encuadrándolos forzosamente en unos principios cuando toda confrontación entre ellos está previamente decidida”¹⁹.

La cuestión es antigua en la discusión bioética y remite, en última instancia, a un arduo asunto, de gran calado en la filosofía práctica (moral y jurídica) relativo a la posibilidad de decidir en función de reglas, es decir, normas cuyas condiciones de aplicación y consecuencias normativas están determinadas – por utilizar la célebre caracterización dada por Manuel Atienza y Juan Ruiz Manero²⁰ –, o si más bien toda decisión moral es en última instancia “particularizada”, es decir, sensible a las circunstancias del caso, y, por tanto, variable.

En el primer caso nos encontraríamos ante una concepción “reglamentista” de la bioética, concebida

como un código que captura un conjunto de valores éticos objetivos y que permite deducir la consecuencia normativa (prohibición, permiso u obligación de hacer o no hacer algo) para clases de casos abstractamente considerados. La segunda concepción es la célebremente enarbolada por Tom Beauchamp y James Childress en *Principles of Biomedical Ethics* (1979). Y como un *tertium datur* se encuentra la conocida posición de Diego Gracia con la que pretende mediar entre ambos paradigmas con el expediente de jerarquizar los conocidos principios de la bioética (autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia) en virtud de su importancia moral. Así, Gracia sitúa a la no maleficencia y a la justicia distributiva por encima de los principios de autonomía y beneficencia, porque –afirma– los primeros, a diferencia de los segundos, “obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas”²¹ y constituyen una expresión de “lo correcto” frente a lo simplemente “bueno”²².

Pero esa jerarquización en abstracto no es refractaria a las circunstancias del caso y por tanto puede variar. Como se encargó de describir en su día Manuel Atienza, en bioética, como en Derecho, la decisión que finalmente se adopta es necesariamente el resultado de aplicar una regla que emerge de la correcta ponderación entre los principios en juego a la luz de las circunstancias particulares concurrentes²³. Con ello la solución aportada por la ponderación es, entonces, inevitablemente casuística. No en vano suele afirmarse en tono crítico que el principialismo conduce al *casuismo* y por ende al particularismo moral²⁴.

Pues bien, sentados estos antecedentes teóricos, es difícil precisar el contenido exacto de la velada crítica de Canabal y cols. al “principialismo”, un término primigeniamente usado, en parecido tono despectivo, por K. Danner Clouser y Bernard Gert²⁵ para objetar la propuesta de Tom Beauchamp y James

16 La Dra. Dolores Escudero y el Dr. Jesús Otero de acuerdo con la información que publicaba el periódico *La Nueva España* en 2011; véase <http://www.lne.es/sociedad-cultura/2011/12/06/asturias-contribuyo-donante-tres-trasplantes/1167162.html> (última visita el 5 de octubre de 2016).

17 “Discrepancia en la utilización de la craneoplastia con vendaje como forma de limitación de tratamientos de soporte vital. Otro punto de vista”. 2014; 38(4): 268-269.

18 “Valoración ética de la craneoplastia con vendaje compresivo como forma de limitación de tratamientos de soporte vital”. *Acta Bioethica*. 2015; 21 (2) 183-189.

19 Cit., p. 187.

20 La han venido ofreciendo en múltiples trabajos; véase, por todos, *Ilícitos atípicos*, Trotta, Madrid, 2000, 16-17.

21 Gracia, D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Triacastela, Madrid, 2008, 126.

22 *Ibidem*, pp.129 ss.

23 “Juridificar la bioética”. *Isonomía*. 1998; (8): 75-99.

24 No obstante el principialismo también ha sido criticado desde posiciones que reclaman un giro decidido hacia la casuística como es el caso de Albert R. Jonsen y Stephen Toulmin, quienes, para garantizar la operatividad de la bioética en la vida real, proponen una rehabilitación de la casuística frente a “la tiranía de los principios” (cfr. *The abuse of casuistry. A history of moral reasoning*, Berkeley, University of California Press, 1988).

25 “A Critique of Principialism”. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1990 (15): 219-236.

Childress. Y es que cabría interpretar, en primer lugar, que hay una reivindicación del reglamentismo, en los términos antes indicados; pero también pudiera leerse la censura de Canabal en la línea de las objeciones que al método de la ponderación y de la preeminencia de los principios ha capitaneado Juan Antonio García Amado en el ámbito de la filosofía jurídica²⁶. La querrela de Canabal y cols. sería la de que las decisiones bioéticas en general, y en el caso de la craneoplastia con vendaje en particular, se adoptan soslayando la existencia de ciertas reglas que no pueden ser tomadas como principios, es decir, que no pueden someterse al fraudulento método de la ponderación. No creo ser infiel si interpreto en esos términos la acusación de Canabal y cols, de que la confrontación entre principios ya está de antemano decidida en un caso como el de la craneoplastia.

Sea como fuere, creo que esta crítica al principialismo desconoce, o no asume suficientemente, un dato básico: que la norma de no matar, incluso si es concebida como una regla y no como un principio, coexiste con la norma de “no dañar”, el apotegma del *primum non nocere* del actuar médico o principio de no maleficencia, una norma que también podría entenderse como una regla.

Así, el juramento de Hipócrates establece, junto al archiconocido mandato de no dar “droga letal a nadie”, el imperativo de abstenerse de “cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar”. El artículo 5.4 del vigente Código Deontológico de la Organización Médica Colegial incorpora igualmente esa obligación: “El médico jamás perjudicará intencionadamente al paciente”. Además, en el artículo 36.1 se dispone que “El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida”. Lo que nos encontramos por tanto es un conflicto entre esas normas y la prohibición de

matar intencionadamente (que como señala Canabal aparece en el artículo 36.3 del Código Deontológico) que no cabe resolver apelando solamente a esta última como si estuviera garantizada su preeminencia o mayor jerarquía en cualquier caso. ¿Cómo resolver la antinomia que se presenta en un caso como el de la craneoplastia, o, en general, los supuestos de cuidados al final de la vida? Sobre ello me centraré en la siguiente sección.

VI. ¿LA CRANEOPLASTIA CON VENDAJE COMO FORMA DE LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL?

La objeción más contundente esgrimida frente al procedimiento de la craneoplastia con vendaje es su caracterización como con una “limitación del esfuerzo terapéutico” o del “tratamiento de soporte vital” (en adelante LTSV). En el trabajo de Escudero y colaboradores se indica que el comité de ética consultado al efecto concluyó que ese procedimiento: “... puede ser considerado éticamente similar a otras formas de limitación del tratamiento de soporte vital *ya que no vulnera los principios de no-maleficencia y beneficencia*”²⁷. Los autores arguyen que, habiéndose revelado como fútil la inicial descomprensión practicada, revertir al paciente a la situación previa a la descompresión y dejar así que la evolución del traumatismo conduzca a la muerte encefálica, no es distinto a la retirada de un respirador, medida ampliamente aceptada y acorde con la ética médica cuando el pronóstico es, como en este caso, infausto.

Los críticos del procedimiento han sostenido, sin embargo, que categorizar la craneoplastia con vendaje como una LTSV es una forma de “contorsionismo semántico”, una “ficción moral”²⁸, y, además, una violación de las recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos y del propio Código Deontológico médico como ya he apuntado²⁹. Veámoslo.

En su conocida reflexión sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva, el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMIYUC) señala que dicha limitación puede

²⁶ Las críticas de García Amado, expuestas en multitud de escritos, pueden esencialmente resumirse en las dos siguientes: no existe forma de saber de antemano cuándo estamos en presencia de una regla o un principio – y de ello depende crucialmente que tengamos o no que ponderar– y la ponderación no es una manera, como se pretende, de dar preeminencia al mayor peso de un principio frente a otro en las circunstancias del caso concreto, sencillamente porque se carece de métrica o “modo de pesaje”; al ponderar, más bien se sopesa a “ojo de buen cubero” con lo que lo que se hace es “vestir” una decisión previa y subjetivamente alcanzada; véase, por todos, “Sobre ponderaciones. Debatiendo con Manuel Atienza”, en Manuel Atienza y Juan Antonio García Amado, *Un debate sobre la ponderación*, Palestra, Lima-Bogotá, 2012, pp. 39-52.

²⁷ “Craneoplastia con vendaje. Nuevas formas...”, cit.

²⁸ Rodríguez-Arias, D. et. al., “Ética, nuevas formas de morir y donación de órganos”, cit.

²⁹ Véase Alfonso Canabal Berlanga, et., al., “Valoración ética de la craneoplastia ...”, cit., pp. 185-186.

darse de tres maneras: a) no ingresando al paciente en el servicio de medicina intensiva; b) no iniciando una medida de soporte vital o c) retirando la medida instaurada. Si esta es una tripartición exhaustiva, y parece que lo es, ¿encaja la craneoplastia en c)?³⁰.

Ciertamente, como señalan Rodríguez-Arias y compañía, es un ejercicio de “contorsión semántica” describir como “retirada de una medida” la compresión del colgajo óseo mediante el vendaje. En la misma línea Canabal ha sostenido que: “... lo lógico y más correcto desde el punto de vista ético es la retirada de los medios de soporte vital desproporcionados; pero *la craniectomía no se puede retirar pues desencadenaría directamente la muerte encefálica, contrario al principio de no-maleficencia*”³¹. Más adelante, Canabal insiste en el mismo razonamiento: “... en el momento en que se propone la craneoplastia compresiva lo que se busca es quitar los beneficios conseguidos, algo que parece argumentalmente un tanto incongruente, al menos utilizando el prisma del punto de partida. Lo que es benéfico y no maleficiente en su aplicación, ahora que se sigue actuando de la misma manera resulta que no lo es. La respuesta lógica sería que no ha cambiado la potencial eficacia de la medida, sino la valoración global de la situación clínica, lo que haría deseable una LTSV. Si se tratara de retirar un medio de soporte vital se podría entender esa visión diferente, en diferentes momentos de la historia vital de la enfermedad, pero ciertamente la provocación de la muerte encefálica mediante una acción directa, del tipo de la analizada, no constituye una LTSV”³².

El razonamiento discurre así:

(P1) Cuando un tratamiento constituye un medio de soporte vital, la evolución del paciente puede dictaminar su retirada.

(P2) La craniectomía no es un medio de soporte vital.

(C) Luego la evolución del paciente no puede recomendar su retirada.

Tal y como está expuesto el argumento, se incurre en una falacia de negación del antecedente, falacia que sólo se evita si estamos ante un bi-condicional, del tipo:

(P1) Cuando *y sólo cuando* un tratamiento constituye un medio de soporte vital, la evolución del paciente puede dictaminar su retirada.

(P2) La craniectomía no es un medio de soporte vital.

(C) Luego la evolución del paciente no puede recomendar su retirada.

Ahora lo que podemos discutir es la premisa mayor, es decir, tal vez, aun no siendo la craniectomía un medio de soporte vital, quepa su retirada a la luz de la evolución del paciente, es decir, que la craneoplastia con vendaje sea aceptable éticamente.

Pero antes cabe incluso que nos preguntemos: ¿por qué la craniectomía no es un medio de soporte vital? Escudero y cols. parecen considerar que la característica definitoria de una actuación clínica como legítima LTSV radica en que con él logramos la “reversión al curso causal anterior que produciría la muerte”. En un artículo posterior de respuesta a sus críticos señalan: “El vendaje craneal imita de forma parcial la reposición del hueso, *luego* se puede considerar una forma de LTSV”³³. Claro que, si esto es así, entonces la inoculación de la bacteria cuyos efectos no logra detener el tratamiento antibiótico instaurado en primera instancia sería también una forma de LTSV, o, en general, la reproducción de las heridas o circunstancias que iban a provocar la muerte del paciente irremediamente de no haberse mediado en el curso causal mediante la intervención médica.

Lo cierto es, sin embargo, que “reversión del curso causal” como *definiens* de la LTSV tiene un perverso efecto de sobreinclusividad y enmascaramiento pues, por definición, cualquier acto médico que libere al paciente a su suerte frente a la patología quedaría cubierto por la noción de LTSV. Bastaría simplemente haber instaurado previamente una medida clínica, la que sea. Es más honesto reconocer que esa reversión es una forma aceptable de producir la muerte del paciente, dadas las condiciones de prognosis infausta y consentimiento.

30 Otros tratamientos de soporte vital que se indican en las Recomendaciones del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias son la resucitación cardiopulmonar (RCP), la ventilación mecánica, los sistemas de depuración extrarenal, los fármacos vasoactivos, la nutrición artificial, los hemoderivados, entre otros; véase Monzón Marín, J. M. et.al. “Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico”. *Medicina Intensiva*. 2008; 32 (3) (<http://www.medintensiva.org/es/recomendaciones-tratamiento-al-final-vida/articulo/S0210569108709227/>), última visita el 4 de octubre de 2016).

31 “Valoración ética...”, citado, p. 185.

32 *Ibid.*, p. 187.

33 “Más aclaraciones sobre la limitación del tratamiento de soporte vital y donación de órganos”. *Medicina Intensiva*. 2014; 38 (3) (<http://www.medintensiva.org/es/mas-aclaraciones-sobre-limitacion-del-articulo/S0210569113002532/>), última consulta el 4 de octubre de 2016). Las cursivas son mías.

Canabal, por su parte, considera que la craneotomía no instaura un tratamiento de soporte vital puesto que su “retirada” implica la “provocación de la muerte encefálica mediante una acción directa”. Pero entonces tienen razón Escudero y cols. cuando apuntan al distinto rasero con el que medimos la craneoplastia que ellos practicaron, en comparación con la retirada de un soporte ventilatorio así como de otras muchas limitaciones ampliamente aceptadas y practicadas de tratamientos de soporte vital. Dicen Canabal y cols. que, a diferencia de esas otras acciones que también causan directamente la muerte o la aceleran – la sedación paliativa paradigmáticamente-, en el caso de la craneoplastia no cabe acudir a la doctrina del doble efecto porque la intención directa es la de matar³⁴. Es también lo que ocurriría si el médico, en vez de retirar el respirador ahogara con sus propias manos al paciente. La cuestión no sería por tanto la de “actuar” versus “omitir”³⁵ sino las intenciones albergadas por el agente³⁶.

Se trata del mismo planteamiento que se dio a finales del siglo XIX cuando se discutía la posibilidad de que, en el transcurso del parto, el ginecólogo que asiste a la mujer tuviera que practicar una craneotomía en el feto, o, alternativamente, proseguir con el parto y provocar con ello la muerte de la parturienta. Tal y como relata William Newton, en 1884 el Arzobispo de Lyon D. Caverot preguntó al Santo Oficio (la actual Congregación para la Doctrina de la Fe del Vaticano): “¿Puede ser con seguridad enseñado en las escuelas

católicas que la craneotomía es permisible cuando de otro modo tanto el feto como la madre morirán, pero con una operación la madre será salvada aunque el niño morirá?” Años después, en 1889, la respuesta, confirmada por León XIII en una audiencia, fue: “No puede serlo”³⁷. En 1930, el Papa Pío XI mantenía la vigencia de esta respuesta en la Encíclica *Casti Connubi*³⁸.

Las razones estriban en la conocida como “doctrina del doble efecto”, expuesta por Santo Tomás en la *Summa Teológica*³⁹ en el contexto de la legitimidad de la defensa propia. Para Santo Tomás, la acción consistente en defenderse de la agresión ajena con resultado de muerte tiene dos “efectos” siendo el principal de ellos, la intención prioritaria, salvar la propia vida. Así, la muerte del atacante estaría justificada por ser ella la consecuencia no pretendida – segundo efecto- y siempre que la defensa propia sea proporcionada⁴⁰ y el efecto perjudicial o dañino posterior al beneficio obtenido, lo cual, como ha puesto de manifiesto Robert Veatch, no ocurriría con el trasplante de órganos pues primero matamos al paciente para posteriormente salvar vidas⁴¹. Y es esta misma

37 Véase “An Evaluation of Martin Rhonheimer’s Contribution to the Debate on the Moral Status of Craniotomy” disponible en Academia.edu (https://www.academia.edu/5662226/Rhonheimer_on_Craniotomy, última visita el 30 de marzo de 2017). (Acta Apostolicae Sedis, 17, 1884, 556 y Denzinger, Enchiridion Symbolorum, 1889, 526 (citados en notas 3 y 4).

38 En los siguientes términos que merece la pena transcribir: “Por lo que atañe a la indicación médica y terapéutica [para la práctica del aborto] para emplear sus palabras, ya hemos dicho, Venerables Hermanos, cuánto Nos mueve a compasión el estado de la madre a quien amenaza, por razón del oficio natural, el peligro de perder la salud y aun la vida; pero ¿qué causa podrá excusar jamás de alguna manera la muerte directamente procurada del inocente? Porque en realidad, no de otra cosa se trata. Ya se cause tal muerte a la madre, ya a la prole, siempre será contra el precepto de Dios y la voz de la naturaleza, que clama: ¡No matarás! Es, en efecto, igualmente sagrada la vida de ambos y nunca tendrá poder ni siquiera la autoridad pública, para destruirla. Tal poder contra la vida de los inocentes neciamente se quiere deducir del derecho de vida o muerte, que solamente puede ejercerse contra los delincuentes; ni puede aquí invocarse el derecho de la defensa cruenta contra el injusto agresor (¿quién, en efecto, llamará injusto agresor a un niño inocente?); ni existe el caso del llamado derecho de extrema necesidad, por el cual se puede llegar a procurar directamente la muerte del inocente. Son, pues, muy de alabar aquellos honrados expertos médicos que trabajan por defender y conservar la vida, tanto de la madre como de la prole; mientras que, por lo contrario, se mostrarían indignos del ilustre nombre y el honor de médicos quienes procurasen la muerte de una o de la otra, so pretexto de medicinar o movidos por una falsa misericordia” (parágrafo 23).

39 II-II, Cuestión 64, Art. 7.

40 Véase *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <https://plato.stanford.edu/entries/double-effect/> (última visita 5 de abril de 2017).

41 Veatch, R. “Killing by Organ Procurement: Brain-

34 Canabal, et al., “Valoración ética...”.

35 Jeff McMahan traza la distinción del siguiente modo: el agente no mata sino que deja morir si: (1) hay una probabilidad antecedente de que la víctima muera en un determinado tiempo independientemente de lo que el agente haga, y no solo por mor de una secuencia de hechos en marcha que es externa a su condición natural, sino también por su condición, como por ejemplo un feto extraído; (2) el agente no es responsable de ese riesgo mortal; (3) la víctima muere y (4) la víctima podría haber sobrevivido si el agente hubiera dado o continuado dando algún tipo de asistencia que le era posible dar. Véase *The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life*, Oxford University Press, 2001, p. 382. En todo caso, como indican Rodríguez-Arias et. al., en muchos supuestos tal distinción es más de grado que de clase; véase “Final de la vida...”, cit., p. 378. Por otro lado: “No todas las omisiones son mejores (en algún sentido moral) que todas las acciones”, señala Stephen W. Smith; véase *End-of-Life Decisions in Medical Care. Principles and Policies for Regulating the Dying Process*, Cambridge University Press, 2012, p. 78. En la misma línea J. M. Monzón Marín et al., “Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico”, cit; Eduardo Rivera, *Problemas de vida o muerte. Diez ensayos de bioética*, Marcial Pons, Madrid, 2011, p. 55 y Rodríguez-Arias, “Final de la vida...”, cit., p. 378.

36 Jeff McMahan, “Killing, Letting Die, and Withdrawing Aid”, en *Killing and Letting Die*, Bonnie Steinbock and Alastair Norcross, Fordham University Press, New York, 1994, pp. 383-420, p. 387.

doctrina la que invoca también el Papa Pío XII para disolver la duda que le fue formulada por un grupo de médicos en 1957 sobre el uso de narcóticos para el tratamiento paliativo al final de la vida⁴², e igualmente la doctrina que ha abrazado la Corte Europea de Derechos Humanos en los casos de *Glass v. United Kingdom*⁴³, y, más recientemente *Lambert v. France*⁴⁴. En el fondo, de acuerdo con la interpretación que de la defensa de la doctrina del doble efecto han hecho Rhonheimer et. Al., es congruente abrazar esa doctrina y la crítica al principalismo pues aquella no es sino una expresión del carácter imponderable de la regla que prohíbe matar. Cuando, en el caso de la craneotomía del feto, la doctrina católica insta a permitir las acciones que no se despliegan con la intención directa de matar, no está diciendo que se “pesen” los valores o intereses en juego, sino que se atienda a todos: tanto la madre como el feto tendrían así un incommensurable y absoluto derecho a vivir, con lo que la intención primaria del médico debe ser la de salvar a los dos⁴⁵.

En definitiva, en la craneoplastia con vendaje descrita estamos ante un caso de “muerte asistida”, y no así de LTSV, si nos atenemos a la intención, la secuencia cronológica de perjuicios y beneficios, la relación causal y al hecho de que estamos ante una acción (comprimir activamente el cráneo) y no ante una mera omisión⁴⁶. Pero, nuevamente: ¿no cabría decir exactamente lo mismo en el caso de la retirada del respirador?⁴⁷

Ciertamente, la “extubación terminal” (la retirada del tubo endotraqueal previa sedación del paciente) es más acorde con el verbo “retirar” que el

pretendido análogo de la craneoplastia (“comprimir con un vendaje”). Así y todo, parece que no puede ser la mayor fortuna o adecuación del verbo empleado, ni la descripción idiosincrásica del comportamiento, lo que determine la corrección moral de la acción clínica. Esta no es una disputa meramente “verbal”. Imaginemos que en lugar de “retirar” se usara el término “anulación” o “cancelación” de la medida instaurada⁴⁸. ¿No sería entonces la craneoplastia con vendaje una evidente limitación del esfuerzo terapéutico en pie de igualdad con la extubación pues en ambos supuestos se anula o cancela el beneficio terapéutico? ¿O tal vez los dos procedimientos casos de “muerte asistida”?

Pero además, fijémonos con más detalle en lo que implica la extubación terminal o retirada de un respirador de acuerdo con el descarnado y honesto relato que ofrecen Miles J. Edwards y Susan W. Tolle en un artículo ya antiguo pero muy iluminador⁴⁹. El contexto es el de un individuo que, por su patología, va a necesitar de por vida la ventilación mecánica pero que expresa su preferencia por morir antes que seguir con ese tratamiento, que, entre otras cosas, le impide hablar. Los médicos reconocen que la desconexión es el curso de acción correcta para que se produzca la muerte “natural”, si bien insisten en que no estamos ante un supuesto de “eutanasia pasiva” pues no se “mata” al paciente. Los médicos deben honrar el deseo firme y reiterado de un paciente competente. En esta primera fase de la deliberación, por tanto, parece claro que, aunque sea de manera elíptica, el objetivo del equipo médico es que el paciente muera pues eso es lo que desea (y, añadido yo, esa preferencia no es absolutamente irracional dadas las circunstancias clínicas). Uno podría, claro, describir el objetivo de otro modo, soslayando el hecho de morir. Así, se puede afirmar que lo que pretenden los médicos es primariamente “eliminar el sufrimiento psicológico del paciente”. Pero si la condición necesaria para ello es su fallecimiento, sería deshonesto y desnortado no describir la acción como un “matar o ayudar a morir”. De la misma forma, el marido despechado que encuentra a su pareja con su amante y le descerraja dos tiros no puede decir, so pena de incurrir en hipocresía, que su intención no era matarle sino “disolver un problema en su relación de pareja”.

Based Death and Legal Fictions”. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2015; 40, 289-311, p. 294.

42 Tomo la referencia de la Declaración *Iura et Bona* sobre la eutanasia de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe de 5 de mayo de 1980, accesible en http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html (última visita el 4 de octubre de 2016).

43 Decisión de 18 de marzo de 2003.

44 Decisión de 5 de junio de 2015, párrafos 123 y 124

45 Véase *Vital Conflicts in Medical Ethics: A Virtue Approach to Craniotomy and Tubal Pregnancies*, The Catholic University of America Press, Washington, 2012, p. 45.

46 Rodríguez-Arias, et. Al., “Ética, nuevas formas de morir y donación de órganos”, cit.

47 En un ejercicio de honestidad intelectual encomiable, Rodríguez-Arias, en un trabajo posterior más amplio y profundo, acepta que la analogía es válida y que, por tanto, nos encontramos, en el caso de la craneoplastia con vendaje ante una “forma éticamente aceptable de causar la muerte”; véase “Final de la vida y donación de órganos...”, cit., pp. 369, 376-377.

48 Rodríguez-Arias apunta que, a diferencia del estado de cosas que genera la craneotomía, el respirador es una máquina que sostiene una función vital mediante un esfuerzo continuado que, para desactivarse, no requiere a su vez ulterior esfuerzo, cosa que sí requiere la craneoplastia con vendaje; “Final de la vida...”, cit., p. 375 nota 68.

49 “Disconnecting a Ventilator at the Request of a Patient Who Know He Will Then Die: The Doctor’s Anguish”. *Annals of Internal Medicine*. 1992; 117(3): 254-256.

Sentado que el objetivo del equipo médico y de la familia es honrar el deseo del paciente de morir, la cuestión es obviamente cómo hacerlo. Los médicos se inclinan por la desconexión del respirador como una manera de respetar el derecho de todo paciente a rechazar un tratamiento, un interés protegido jurídicamente en muchos ordenamientos como manera de respetar a su vez la integridad física de todos los individuos. Pero por encima de ello se sitúa el imperativo médico de eliminar todo sufrimiento – *primum non nocere* reza el adagio clásico de la ética médica- y de ahí que, previa a la retirada de la ventilación mecánica, haya que procederse a una sedación terminal que evite al paciente la sensación de ahogo, un pánico que los autores describen como “visceral”⁵⁰. La sedación terminal, reconocen aquellos, tiene un efecto depresivo del sistema respiratorio, y, por tanto, acelera la muerte. Y es en este punto en el que uno se pregunta si no sería mejor aplicar una combinación letal que produzca el efecto querido sin sufrimiento de una manera mucho más expeditiva. Máxime cuando, como los propios autores relatan: “Le dijimos al paciente que no conocíamos exactamente la dosis de medicación que sería idónea y que podríamos errar en cualquiera de las dos direcciones [provocar la parada respiratoria o no sedar en medida suficiente para evitar la angustia]. Le explicamos que si nos quedábamos cortos sufriría de disnea. Le pedimos permiso para reconectar brevemente el ventilador para que calmadamente pudiéramos administrar medicación adicional y entonces desconectar nuevamente. El paciente dudó, pero aceptó”⁵¹.

Harvey explica que esa programación, esa secuencia de acciones conexas y el transcurso del tiempo, la gestión de una muerte no abrupta, permite la adaptación de los allegados pero sobre todo da la apariencia de que los médicos “no matan”⁵², sino que, en los términos de Patrick D. Hopkins, al “desmedicalizarlo” mediante la retirada de los tratamientos, sean los que sean, colocan al paciente en el territorio moralmente neutral de la “muerte natural”⁵³ en el que ya ellos quedan eximidos de responsabilidad y culpa.

Esa es la estrategia que también sigue la Corte Suprema del Estado de New Jersey en el emblemático caso *In Re Quinlan*⁵⁴ si bien deja una puerta abierta a que podamos considerar que la acción de desconexión sea efectivamente un homicidio, aunque no antijurídico. Merece la pena citar textualmente al propio Tribunal: “Concluimos que no habría un homicidio criminal en las circunstancias del caso. Creemos, en primer lugar, que la muerte resultante no sería un homicidio sino el fallecimiento como consecuencia de las causas naturales existentes. En segundo lugar, incluso si fuera considerado un homicidio, no sería antijurídico (*unlawful*)”⁵⁵.

Sea como fuere, más allá de que la caracterización de la retirada de un respirador como LTSV sea un auto-engañio sofisticado o de que, para muchos, la lentitud del proceso más que alivio propicie angustia: ¿Qué diferencia moralmente significativa puede haber entre este conjunto de acciones y manipulaciones que implica la retirada del soporte ventilatorio⁵⁶ y la craneoplastia con vendaje? ¿Es que acaso la diferencia tecnológica – que en un caso haya una “máquina” de por medio y en el otro no⁵⁷- traza una frontera éticamente relevante? No lo parece. Como ha señalado Hopkins, para la persona que no puede respirar autónomamente la ventilación mecánica instalada forma ya parte de su sistema respiratorio, de la misma manera que sus pulmones cuando fueron funcionales. La retirada del soporte ventilatorio provocará la muerte del paciente enfermo por incapacidad para respirar, del mismo modo que, en el paciente sano que no está conectado a un respirador, la extracción de sus pulmones provocará su fallecimiento por su incapacidad para respirar (sin pulmones). O dicho de otra forma: en ese caso no diríamos que la causa de la muerte del individuo es su incapacidad para respirar sin pulmones sino nuestra acción de extraérselos⁵⁸.

En su momento, criticando la tendencia de la dogmática penal alemana de los años 60 del siglo pasado

50 Así, Harvey, J. “The Technological Regulation of Death with Reference to the Technological Regulation of Birth”. *Sociology*. 1997; 31(4): 719-735, pp. 724-725.

51 “Disconnecting a Ventilator at the Request...”, p. 255.

52 Harvey, op. cit., p. 726.

53 “Why Does Removing Machines Count as “Passive” Euthanasia?”. *The Hastings Center Report*. 1997; 27 (3): 29-37, p. 32.

54 70 N.J. 10 (1976). El caso, como es conocido, versaba sobre la licitud de la petición de los padres de Karen Ann Quinlan, que se encontraba en estado persistentemente vegetativo, de retirar el respirador dado su devastador pronóstico.

55 70 N.J. 10 (1976), p. 52.

56 Ni siquiera en la modalidad de desconexión que implica la retirada progresiva mediante la disminución escalonada de la fracción de oxígeno inspirado (lo que se conoce como “destete terminal”) puede la situación describirse como un mero “dejar hacer” por parte de los profesionales sanitarios.

57 Así, Hopkins, op. cit., pp. 32-34.

58 *Ibid.*, p. 34.

a caracterizar esos supuestos de retirada del respirador como “omisiones”⁵⁹, el penalista Enrique Gimbernat señalaba: “Por supuesto que es perfectamente legítimo mantener que en estos casos eutanásicos de desconexión activa de un respirador el médico debe estar exento de responsabilidad criminal. Pero esa exención no puede fundamentarse en la artificiosa y abiertamente falsa construcción de que aquí estaríamos ante una omisión, sino en que, partiendo de que aquí concurre una acción –como realmente ocurre– ... en esos supuestos extremos el médico no está obligado a mantener la vida del paciente a toda costa”⁶⁰. Es decir, contribuir a su muerte está justificado.

Para Jeff McMahan, la clave para caracterizar y valorar si en un supuesto como el del respirador (u otros análogos) nos encontramos ante una acción directa de matar o ante un mero dejar hacer, radica en los dos siguientes factores: a) que la medida terapéutica o salvadora sea “autosuficiente” para mantener la vida del paciente, y b) que el agente que retira la medida sea quien la instauró en primer lugar (en el caso del respirador, típicamente el médico). En ese supuesto el médico habrá “dejado morir” aunque el suyo sea un “actuar”. En caso de que se trate de un tercero estaremos ante un supuesto de “matar”⁶¹; y ello aunque se trate de dos acciones idénticas. Con las condiciones establecidas por McMahan, la craneoplastia con vendaje y la retirada del respirador son acciones equivalentes.

¿Y por qué la exigencia de que sea el médico el que realiza la acción? La razón de que ello sea así, lo que da cuenta de esa asimetría ontológica, es una consideración normativa de acuerdo con Reinhard Merkel: es la existencia de deberes previos de hacer o no hacer vinculados a la posición de garante de los sujetos lo que determina que estemos ante una forma comisiva de matar – por parte del tercero no médico- o ante una omisión (que, sólo excepcionalmente, será jurídicamente punible). Y la razón normativa ulterior que sostendría esa distinción es la preferencia por un Derecho que garantiza, fundamental y prioritariamente, una esfera de libertad y deja en un segundo plano la vida virtuosamente solidaria de

los ciudadanos. Es decir, la obligación prioritaria del ciudadano es la de “omitir o no dañar” y no tanto la de “actuar o salvar”⁶². El elemento causal no es por tanto lo relevante.

Así y todo, en el planteamiento de Merkel aún se transpira “facticidad” en sus detalles. Por ejemplo, de acuerdo con él, en un supuesto en el que hay un bañista que se está ahogando y logra agarrarse a una barca, el dueño de la barca no puede físicamente desprenderse de él arrojándole por la borda. Pero sí podría legítimamente quitárselo de encima si el bañista intenta salvarse subiéndose a su espalda, de la misma manera que podría dejar de practicar una reanimación cardiopulmonar o la respiración boca a boca al ahogado si está exhausto o teme contraer una infección. Sin embargo, si el bañista aún no ha agarrado físicamente la barca, por pocos centímetros que le falten, el ocupante de la barca puede seguir remando y alejarse de él. Entonces también le “dejará morir”, como en los supuestos anteriores en los que deja de prestar su cuerpo como sustento vital ajeno.

Lo cierto es que uno pensaría, frente a Merkel, que la clave de la distinción está más bien en el tipo de “sacrificio” que tiene que asumir el rescatador⁶³ – lo cual a su vez habría de determinar su deber o no de actuar-, no en un puro hecho físico como el de la distancia, el que se haya alcanzado o no la barca. Por otro lado, dependiendo de cuáles sean las corpulencias respectivas: ¿por qué no entender que un nadador pueda ser “la barca” en un caso puntual, si el bañista en peligro es, por ejemplo, un niño muy pequeño y el nadador un campeón olímpico de 400 metros estilos? O dicho de otra forma: ¿qué inmunidad absoluta frente al agarre tiene el cuerpo, que no tiene la barca?

Volviendo al caso del respirador, Merkel también apunta que la asimetría fundamentada en lo normativo tiene un asiento adicional en el consentimiento del paciente: si el médico piensa que lo mejor para el paciente es morir, y, frente a la resistencia expresa o ausencia de consentimiento del paciente, desconecta el respirador,

59 También es la tesis sostenida por Lord Goff en el célebre caso inglés de *Airedale NHS Trust v Bland* [1993] AC 789 p. 802 así como en la decisión de la Corte Suprema de los Estados Unidos *Vacco v. Quill*, 521 US 793 (1997). En la misma línea Miles J. Edwards y Susan W. Tolle, “Disconnecting a Ventilator at the Request of a Patient ...”, cit., pp. 254-256.

60 “La causalidad en la omisión impropia y la llamada “omisión por comisión”. *ADPCP*. 2000; Vol. LIII: 29-132, p. 121.

61 “Killing, Letting Die, and Withdrawing Aid”, cit., 266-267.

62 Véase “Killing or Letting Die? Proposal of a (somewhat) new answer to a perennial question”. *The Journal of Medical Ethics*. 2016; 42: 353-360, pp. 355-357 y en la misma línea Juan Antonio Lascuráin: <http://almacendederecho.org/leccion-los-delitos-comision-omision-fundamento-las-posiciones-garantia/>.

63 Así, el clásico trabajo de James Fishkin, “Las fronteras de la obligación” publicado en el número 3 de la revista *Doxa* (1986): 69-82, p. 73 y los trabajos recogidos en ese mismo volumen en los que se discute la existencia y límites de las obligaciones positivas generales.

comete un asesinato⁶⁴. La clave, según Merkel, está nuevamente en que se rompa o no una barrera; que se “agarre” o “arroje” a su suerte al desesperado bañista o al moribundo paciente. Pero si el médico desconecta el respirador cuando el paciente duerme, señala Merkel, no hay ruptura activa de una barrera y en ese supuesto estaríamos ante un “dejar morir”⁶⁵. Claro que si esto es así en este caso hemos introducido de nuevo un elemento que no es estrictamente normativo, sino fáctico, como es la idea de “resistencia o barrera física”. Y lo cierto es que tales elementos fácticos se pueden normativizar: para que el médico no mate debe contar con el consentimiento expreso, genuino y actual del paciente. Esa es la cuestión, y no la posibilidad o no de vencer la resistencia del que está en peligro. De otro modo, tampoco mataría el médico que mediante engaño o falsa promesa desconecta el respirador con el asentimiento del paciente.

La conclusión de Merkel es que lo decisivo para responder a la pregunta de si apagar un respirador es una forma activa de matar (que pudiera equipararse a la craneoplastia) no es que esa sea *obviamente* una acción, ni cuál sea su contribución causal a la muerte, sino que, en la línea de la tesis de McMahan, quien ha dispuesto un “circuito salvador” sea el que, en conjunción con el paciente, lo retire. En cambio, sostiene Merkel, “... cualquier tercero que desconecta el respirador interviene activamente en un circuito causal salvador desplegado por otros, por lo tanto traspasando los límites de su propia esfera proyectando efectos dañinos sobre otro: un caso claro de homicidio activo”⁶⁶.

VII. CONCLUSIONES

La discusión anterior ha tenido como objetivo el de poner de manifiesto que, frente a Canabal y cols., así como otros críticos del procedimiento de la craneoplastia con vendaje, es cierto que, como señalan Escudero y cols., dicho procedimiento y la extubación terminal son, desde el punto de vista de la valoración ética que deben merecer, procedimientos semejantes. En lo que, sin embargo, ni unos ni otros, a mi juicio, aciertan es en describirlos como LTSV. En ambos casos estaríamos ante legítimas formas de contribuir a la muerte del paciente cuando, dadas las circunstancias clínicas, aquél desea morir.

La craneotomía practicada no es una medida fútil como bien han señalado quienes han mostrado su recelo por la craneoplastia con vendaje⁶⁷. Sólo lo es si lo que pretendemos es evitar el estado persistentemente vegetativo, es decir, si consideramos que ese es el peor de los males en juego, y no así la muerte encefálica evitada en un primer momento mediante el control de la hipertensión endocraneal con la craneotomía. En definitiva, la cuestión que hay que dilucidar es si, en los términos de Canabal “la evolución del paciente” recomienda que se provoque la muerte encefálica, incluso si ello – concedámoslo- no implica una LTSV sino una actuación eutanásica. Pero exactamente lo mismo cabe decir, y esta sería mi principal conclusión, de la extubación terminal y de otras tantas medidas que se adoptan al final de la vida.

Y las razones por las que admitimos esas prácticas contribuyentes a la muerte del sujeto tienen necesariamente que radicar en la idea de que morir es lo mejor que le puede ocurrir al paciente, especialmente si es él mismo quien así lo juzga estando en condiciones de hacerlo; una actuación – como la craneoplastia con vendaje- que acelera ese estado de cosas, o lo garantiza, no puede entonces juzgarse, *ceteris paribus*, como peor⁶⁸, independientemente de que, además, el paciente logre ser donante multiorgánico.

VIII. REFERENCIAS

- Atienza, M. (1998): “Juridificar la bioética”, *Isonomía*, Vol. 8, pp. 75-99.
- Atienza, M. y Juan Ruiz Manero (2000): *Ilícitos atípicos*, Trotta, Madrid.
- Beauchamp, Tom y James Childress (1979): *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press.
- Blanco, A. (2012): “El trasplante y la escasez”, *Bioética Complutense*, Vol. 11, pp. 13-15.
- Canabal, A. (2014): “Discrepancia en la utilización de la craneoplastia con vendaje como forma de limitación de tratamientos de soporte vital. Otro punto de vista”, *Medicina Intensiva*, Vol. 38, número 4, pp. 268-269.

64 En la misma línea Robert M. Veatch, “Killing by Organ Procurement: ...”, cit., p. 292.

65 Merkel, 2016, pp. 359-360.

66 Merkel, 2016, p. 360.

67 Así, Alicia Pérez Blanco, “La craneoplastia con vendaje comprensivo no es una medida de limitación de soporte vital”, cit.

68 Rivera, op. cit., pp. 55-57.

- Canabal, A. et. al. (2015): “Valoración ética de la craneoplastia con vendaje compresivo como forma de limitación de tratamientos de soporte vital”, *Acta Bioethica*, Vol. 21, número 2, pp. 183-189.
- Corral, E. (2010): “Donantes a corazón parado tipo III de Maastricht: una opción real”, *Medicina Intensiva*, 13 de diciembre.
- Clouser, K. Danner y Bernard Gert (1990): “A Critique of Principlism”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 15, pp. 219-236.
- Doménech, Gabriel (2006): “¿Puede el Estado abatir un avión con inocentes a bordo para prevenir un atentado kamikaze?”, *Revista de Administración Pública*, número 170, mayo-agosto, pp. 389-425.
- Domínguez-Gil B. et. al. (2011): “Current Situation of Donation after Circulatory Death in European countries”, *Transplant International*, Vol. 24, pp. 676-686.
- Edwards, Miles J. y Susan W. Tolle (1992): “Disconnecting a Ventilator at the Request of a Patient Who Know He Will Then Die: The Doctor’s Anguish”, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 117, número 3, pp. 254-256.
- Escudero, D. (2016): “En defensa de la craneoplastia con vendaje como forma de limitación del tratamiento de soporte vital”, *Revista electrónica de Medicina Intensiva*, Vol. 16, número 12 febrero (<http://www.medicina-intensiva.com/2016/02/A217.html>)
- Escudero D. et. al. (2013): “Craneoplastia con vendaje. Nuevas formas de limitación del tratamiento de soporte vital y donación de órganos”, *Medicina Intensiva*, Vol. 37, número 3, pp. 180-184.
- Escudero, D. (2001): “Más aclaraciones sobre la limitación del tratamiento de soporte vital y donación de órganos”, *Medicina Intensiva*, Vol. 38, número 3.
- Fishkin, J. (1986): “Las fronteras de la obligación”, *Doxa*, 3, pp. 69-82.
- García Amado, J. A. (2012): “Sobre ponderaciones. Debatiendo con Manuel Atienza”, en Manuel Atienza y Juan Antonio García Amado, *Un debate sobre la ponderación*, Palestra, Lima-Bogotá.
- Gimbernat, E. (2000): “La causalidad en la omisión impropia y la llamada “omisión por comisión””, *ADPCP*, Vol. LIII, pp. 29-132
- Gracia, D. (2008): *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Triacastela, Madrid.
- Harvey, J. (1997): “The Technological Regulation of Death with Reference to the Technological Regulation of Birth”. *Sociology*, Vol. 31, número 4, pp. 719-735.
- Hopkins, (1997): “Why Does Removing Machines Count as “Passive” Euthanasia?”, *The Hastings Center Report*, Vol. 27, número 3, pp. 29-37.
- Jonsen, Albert R. (1988): *The abuse of casuistry. A history of moral reasoning*, Berkeley, University of California Press.
- McMahan, Jeff (2001): *The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life*, Oxford University Press.
- (1994): “Killing, Letting Die, and Withdrawing Aid”, en *Killing and Letting Die*, Bonnie Steinbock and Alastair Norcross (eds.), Fordham University Press, New York.
- Merkel, R. (2016): “Killing or Letting Die? Proposal of a (somewhat) new answer to a perennial question”, *The Journal of Medical Ethics*; 42: 353-360
- Monzón Marín, J. M. et.al. (2008): “Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico”, *Medicina Intensiva*, Vol. 32, número 3 (<http://www.medintensiva.org/es/recomendaciones-tratamiento-al-final-vida/articulo/S0210569108709227/>).
- Parajón, T. (2012): “Criterios de muerte, reanimación cardiopulmonar y donación en asistolia”, *Bioética Complutense*, Vol. 11, pp. 11-14.
- Pérez Blanco, A. (2016): “La craneoplastia con vendaje compresivo no es una medida de limitación de soporte vital”, *Revista Electrónica de Medicina Intensiva*, 23 de febrero.
- Rivera, E. (2011): *Problemas de vida o muerte. Diez ensayos de bioética*, Marcial Pons, Madrid.

- Rodríguez-Arias, D. (2014): “Final de la vida y donación de órganos: una relación tensa”. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid (Las fronteras del Derecho biosanitario)*, edición a cargo de Blanca Mendoza y Pablo de Lora), Vol. 18, pp. 351-390.
- Rodríguez Arias, D. (2012): “El debate bioético sobre la donación de órganos tras parada circulatoria: raíces de los desacuerdos”, *Bioética Complutense*, número 12, septiembre (accesible en <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2013-10-07-bioetica12.pdf>).
- Rodríguez-Arias, D. y I. Ortega-Deballón, I (2012): “Protocols for uncontrolled donation after circulatory death”. *The Lancet*. 379, pp. 1275-1276.
 - (2012): “Corazón que no late ¿cerebro que no siente? La dificultad de determinar la muerte de los donantes de órganos”, *Bioética Complutense*, Vol. 10, pp. 11-13 (<https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2013-10-07-bioetica10.pdf>)
- Rodríguez Arias, D., Seoane, J. A., Ramil, C. y Molins, N. (2014): “Ética, nuevas formas de morir y donación de órganos”, *Medicina Intensiva*, Vol. 38, número 3, pp. 196-197.
- Rodríguez de Santiago, J. M. (2006): “Una cuestión de principios”, *Revista Española de Derecho Constitucional*, Vol. 77, pp. 257-272
- Rhonheimer, M. et. al. (2012): *Vital Conflicts in Medical Ethics: A Virtue Approach to Craniotomy and Tubal Pregnancies*, The Catholic University of America Press, Washington.
- W. Smith, Stephen (2012): *End-of-Life Decisions in Medical Care. Principles and Policies for Regulating the Dying Process*, Cambridge University Press.
- Veatch, R. (2015): “Killing by Organ Procurement: Brain-Based Death and Legal Fictions”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 40, pp. 289-311.
- Truog, Robert D. (2016): “The price of our illusions and myths about the dead donor rule”, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 42, número 5, pp. 318-319.
- (2008): “Consent for Organ Donation: Balancing Conflicting Ethical Obligations”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 358, número 12, pp. 1209-1211.
- Truog, Robert D. y Franklin Miller (2011): *Death, Dying and Organ Donation. Reconstructing Medical Ethics at the End of Life*, Oxford University Press.