



ISSN: 2695-480X
SLMFC

Contenido:

Editorial	1
Primer Premio TFM SLMFCE	2
Segundo premio TFM SLMFCE	28
Evaluadores y evaluadoras de los Premios TFM SLMFCE	44

Editan:
Cristina Corredor Lanas
David Pérez Chico

Maqueta:
Patricia García Rodríguez

Revista de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España

Especial

Febrero de 2024

Editorial

Los dos Trabajos de Fin de Máster (TFM) que se presentan en este número han sido los ganadores de la convocatoria de Premios a Mejor TFM defendido en 2021-2022, que la SLMFCE otorga desde 2016 con el fin de apoyar a investigadoras e investigadores jóvenes en las etapas iniciales de sus carreras.

El primer premio ha sido obtenido por BERTA PEÑASCO CASINOS, y lleva por título “¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante”. Estuvo dirigido por el profesor Cristian Saborido Alejandro (UNED) y se enmarca en un ámbito de especial interés científico y humano, como es la filosofía de la medicina. Esta joven investigadora plantea y defiende una tesis que, si bien no es completamente nueva en el ámbito de la investigación especializada y la práctica médica, no deja de resultar controvertida: pues propone abandonar la “regla del donante cadáver”. Elabora su defensa teniendo en cuenta la dificultad que plantea el concepto de muerte clínica para la donación de órganos y analizando críticamente las diferentes soluciones que tratan de hacer al concepto compatible con la práctica de trasplantes. Argumenta, finalmente, que su propuesta no entraña cambios en la praxis médica.

El segundo premio lleva por título “An Outline of Analytical Pyrrhonism” y su autor es JUAN IGNACIO HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ. El trabajo lo dirigió el profesor Manuel de Pinedo (UGR) y el trabajo puede enmarcarse en el ámbito de la epistemología analítica. Esta investigación se presenta como un intento de prestar fundamento al escepticismo utilizando el método de la filosofía analítica, y argumenta que la posición que se defiende es compatible con el Pirronismo clásico si este se sitúa en un marco teórico apropiado. Para elaborar su argumentación, este joven investigador se apoya en nociones de semántica modal y en el concepto de proposiciones bisagra debido a Wittgenstein. Es destacable la originalidad de llevar a cabo un intento de actualizar el pensamiento clásico, tanto en su aspecto teórico como práctico, situándolo en el marco de la filosofía más reciente.

Importa destacar el alto nivel de los trabajos presentados en esta convocatoria. Para fallar los premios, en una primera fase y a través de un proceso de evaluación anónima por especialistas, se preseleccionaron cinco trabajos. En la segunda fase, un comité experto estudió los cinco trabajos preseleccionados y tomó la decisión final. Esta comisión estuvo formada por: José Martínez (UB, presidente del comité y vicepresidente de SLMFCE), Arantza Etxebarria (UPV-EHU, vocal SLMFCE), María José García Encinas (UGR, vocal

SLMFCE), Susana Gómez (UCM) y Jesús Navarro (US).

Los tres trabajos preseleccionados en primera fase junto con los dos premios finales fueron: “El Barça de Guardiola, la perspectiva de Brunelleschi y los argumentos irracionalistas sobre el know-how”, realizado por GUILLERMO MARÍN PENELLA y tutelado por Manuel de Pinedo (UGR); “Las formas de la ciencia: Apuntes para una comprensión socio-cultural de la Revolución Científica”, realizado por JOSÉ ANTONIO GUERRERO bajo la tutela de Margarita Santana (ULL); y “Worsnip. El problema entre la evidencia y la coherencia”, realizado por IGNASI GIL I GÓMEZ y tutelado por Javier González de Prado (UNED).

Es de justicia agradecer muy sinceramente la ayuda de las y los especialistas que han colaborado en esta convocatoria, contribuyendo a fomentar el trabajo de calidad de la investigación más joven. Así mismo, agradecemos el interés de quienes respondieron a la convocatoria enviando sus trabajos. Confiamos en que el interés y la calidad de los trabajos presentados sea testimonio de carreras exitosas en el futuro.

1º) ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

Autora: **Berta Peñasco Casinos**
Máster universitario en Filosofía Teórica y Práctica: Lógica, Hª y Filosofía de la Ciencia-UNED
Director: Cristian Saborido Alejandro (UNED).

2º) An Outline of Analytical Pyrrhonism

Autor: **Juan Ignacio Hernández Gutiérrez**
Máster universitario en Lógica y Filosofía de la Ciencia (Uva).
Director: Manuel de Pinedo García (UGR).

Cristina Corredor Lanas
Presidenta de la SLMFCE



PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

Berta Peñasco Casinos

Director: Cristian Saborido

Máster Universitario en Filosofía Teórica y Práctica: Lógica, Hª y Filosofía de la Ciencia-UNED

ÍNDICE

RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	2
I. EL PROBLEMA: LA NECESIDAD DE UN CONCEPTO DE MUERTE COMPATIBLE CON LAS FUNCIONES VITALES	4
2. UN PROBLEMA FILOSÓFICO: EL PROBLEMA CONCEPTUAL Y EL PROBLEMA FUNCIONAL EN MEDICINA.....	4
3. EL NACIMIENTO DE LA MUERTE CLÍNICA	4
4. ¿BIOLOGICISMO O NORMATIVISMO?	6
5. DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE CLÍNICA	8
5.1 Muerte encefálica	9
5.2 Muerte en asistolia	11
5.3 El concepto de <i>irreversibilidad</i> en la muerte clínica.....	11
5.4 Criterios para diagnosticar la muerte clínica	12
II SOLUCIONES: CÓMO CONSEGUIR LA CUADRATURA DEL CÍRCULO	13
6. LA MUERTE NEOCORTICAL COMO SOLUCIÓN A LA FALTA DE ÓRGANOS	13
7. LA PANACEA: LA MUERTE EN ASISTOLIA	14
8. NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE: LA FICCIÓN JURÍDICA.....	16
9. SOLUCIÓN A LA DEFINICIÓN DE MUERTE: ABANDONO DEL ESENCIALISMO DE DEFINICIÓN-CRITERIOS-TESTS.....	18
10. APLICACIÓN DE LA NAVAJA DE OCKHAM: ABANDONO DE LA REGLA DEL DONANTE CADÁVER	18
a) ¿Aumentaría la instrumentalización del donante?.....	22
b) El consentimiento explícito	22
II. CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	24

RESUMEN



La tesis propuesta y defendida en el presente trabajo tiene su origen en una experiencia personal significativa a la que merece la pena aludir brevemente: después de terminar mis estudios de Filosofía, trabajé una temporada como celadora de un hospital de titularidad pública. Al asistir a una extracción de órganos, quedé atónita cuando vi que el cadáver, ubicado en el quirófano, mostraba exactamente las mismas condiciones que las que estaba en la UCI, es decir, se encontraba conectado a la ventilación mecánica, su pecho marcaba rítmicamente la respiración y los monitores emitían su latido regular. La misma persona que momentos antes estaba viva, ahora estaba muerta e iba a ser intervenida para extraer sus órganos. Además, había un anestesista en el quirófano «¿para qué?»

me pregunté. Supongo que me imaginaba un cadáver como los que había bajado otras veces a la morgue y no a un paciente de UCI respirando y con latido.

Pues bien, aquella experiencia marcó mi trayectoria académica y ha desembocado en este trabajo, en el que la tesis que se propone y defiende es el abandono de la regla del donante cadáver por ser contraintuitiva, problemática, inconsistente y obsoleta en nuestro tiempo. Ciertamente es que la propuesta no es original, pero sí lo son los argumentos con los que se defiende, completamente actuales y centrados, sobre todo, en el éxito español de los trasplantes, exponiendo y analizando las últimas técnicas para aprovechar el corazón de donantes en asistolia, fechadas en febrero de 2020; aunque cabe señalar que la propuesta no incluye cambios en la praxis médica, los propone en el ámbito jurídico que fundamenta la certificación de la muerte cuando el paciente es donante de órganos. De este modo, se analiza la inconsistencia de la regla no escrita del donante cadáver, así como las triquiñuelas necesarias para hacerla efectiva, tales como la ficción jurídica. También se trata el tema legal del consentimiento junto a la ley recientemente aprobada en España sobre la eutanasia como una oportunidad para reformular el estado del paciente en el momento de donar sus órganos y asumir que pasa a ser cadáver durante el proceso de la extracción y no antes.

Para exponer y defender esta tesis, se divide el trabajo en dos partes, una primera en la que se realiza un profundo análisis sobre el origen del problema, para lo cual se realiza un recorrido histórico a través del desarrollo de la medicina moderna que culmina en la formulación contemporánea de la muerte clínica y los problemas asociados a la donación de órganos que esta plantea. En la segunda parte se exponen, una por una, las diferentes soluciones propuestas al problema de definir la muerte para hacerla compatible con la donación de órganos y se argumenta la problemática de cada una para resolverlo. Finalmente, se propone y fundamenta la solución expuesta por la autora como la más simple, adecuada y definitiva al problema de compatibilizar la muerte con la donación de órganos.

1. INTRODUCCIÓN



Pocas cosas hay más ciertas que la muerte, algo que los seres humanos, de manera más o menos consciente, saben debido a su naturaleza racional. De todos los sucesos que acontecen durante el transcurso de una vida humana, la muerte es el único sobre el que no se puede reflexionar en primera persona ni tampoco comunicar, es un hecho que sólo se puede conocer a través de terceros.

Es sabido que la muerte es algo que no se puede revertir, que disuelve inexorablemente a los individuos en la nada, por ello es un tema que se ha tratado desde los inicios de la humanidad,

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

siendo los primeros enterramientos de los que hay constancia un hito que marca el paso de lo natural a lo cultural, puesto que demuestran la conciencia de la muerte, una preocupación por el cadáver y una posible creencia en el más allá.

A lo largo de la historia, la muerte se ha abordado desde muchas y variadas perspectivas en todas las culturas, pero, sin duda, es una de las grandes cuestiones filosóficas desde el origen del pensamiento racional. Ya dijo Platón que «los que filosofan en el recto sentido de la palabra se ejercitan en morir, y son los hombres a quienes resulta menos temeroso el estar muertos» (*Fedón*, 67e4). Ahora bien, la muerte no solamente es una realidad cuyo estudio pertenece a la filosofía, en la actualidad también es una cuestión médica, lo que hace que, como fenómeno universal, tenga un aspecto teórico, del cual se ocupa la filosofía, y otro práctico, perteneciente a la medicina, que es la encargada de diagnosticarla. Corresponde a la primera el nivel conceptual y teórico en cuanto a su definición y todas aquellas cuestiones ontológicas, éticas, epistemológicas y antropológicas que esta implica. A la segunda corresponde el nivel práctico en la medida en que debe determinar cuándo un individuo muere, para lo cual, como en todo diagnóstico, debe establecer unos criterios clínicos.

Ahora bien, se debe ser consciente de que las fronteras entre la vida y la muerte no son rígidas, más bien al contrario, son móviles y flexibles, lo que hace que sean biopolíticas, consensuadas y constantemente redefinidas para adaptarlas a los intereses y a los avances científico-técnicos que van surgiendo a lo largo del tiempo. El ejemplo más emblemático de ello se encuentra a finales de los años 60 del siglo pasado, concretamente en 1968, cuando se reunió el Comité de Harvard¹ con el objetivo de redefinir la muerte debido, entre otros supuestos motivos, al interés de obtener órganos para trasplante, lo que desembocó en el nacimiento del concepto de *muerte encefálica*² tanto en el ámbito de la medicina como en el del derecho.

De este modo, la muerte encefálica ha sustituido a la muerte biológica: en ella se rompe la relación entre las funciones vegetativas, comunes a todos los seres vivos (vida animal), y las facultades intelectuales (vida humana), con lo que se suma un nuevo problema que no es otro que el de la identidad humana, imprescindible para determinar cuándo acontece la muerte, ya que en las unidades de cuidados intensivos se pueden mantener las funciones vitales tales como el aparato cardiovascular, un buen intercambio gaseoso, la función renal e incluso la llevar a término una gestación. Sin embargo, el ser

humano que se encuentra en tal estado no tiene ninguna posibilidad como ser consciente o capaz de desear o de defender sus intereses, es por ello por lo que se afirma que la muerte encefálica separa a la persona de la biología.

La muerte encefálica ha tenido gran impacto en la definición de muerte, puesto que los órganos obtenidos de pacientes diagnosticados con ella son órganos sanos ya que, incluso en el momento de la extracción, el paciente-cadáver sigue conectado al soporte vital, lo cual permite mantenerlos oxigenados y perfundidos es decir, vivos, aunque su portante haya sido diagnosticado como fallecido.

Evidentemente, estas condiciones no las puede mantener lo que se ha considerado tradicionalmente un cadáver, por lo que de aquí surge el gran problema que rodea al diagnóstico de muerte relacionado con los trasplantes: se debe perfundir, oxigenar y mantener la temperatura y la homeostasis de esos órganos para después trasplantarlos haciendo que el corazón no cese de latir, pero el donante debe estar muerto a la hora de la extracción. De manera que, desde el inicio de la técnica de trasplantes, se vincula el concepto de *muerte* a la donación, quedando establecida de manera implícita la *regla del donante cadáver*³ con el fin de evitar el miedo a la vivisección y el riesgo de instrumentalización de pacientes moribundos para obtener sus órganos.

Casi tres décadas después de la creación del concepto de *muerte encefálica*, la carestía de órganos aumentaba a medida que avanzaba la técnica de trasplantes. Debido a ello surgió el Protocolo de Pittsburg en 1992 que generó un nuevo concepto de *muerte* vinculado única y exclusivamente a la donación de órganos. En esta ocasión se la conoce como 'donación a corazón parado' o 'donación en asistolia' que, si bien es cierto que aumenta considerablemente el número de órganos disponibles para trasplante, la verdad es que son de menor calidad que los que provienen de donantes de muerte encefálica debido al riesgo de isquemia que corren los órganos durante el tiempo que el corazón está parado, por ello se reduce el tiempo de asistolia al máximo, lo cual conlleva a que el cerebro de estos donantes, aunque se les diagnostique la muerte, no haya tenido el tiempo necesario para destruirse por completo.



De manera que se vuelve de nuevo al mismo dilema: obtener órganos perfectamente sanos y funcionales de cadáveres, lo cual es contraintuitivo.

A lo largo del presente trabajo se expondrá tanto el análisis del problema como las diferentes soluciones empleadas no solamente para definir la muerte, sino también para que dicha definición implique la donación del máximo número posible de órganos.

1. El 5 de agosto de 1968, el «Ad hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of braindeath» publicó el documento *A definition of irreversible coma* con la definición y los criterios de muerte encefálica, más conocido como el informe del comité de Harvard.

2. Se puede distinguir entre *muerte encefálica* (corresponde a la muerte tanto del tallo cerebral como de la masa del encéfalo, aplicada en Estados Unidos y en la mayoría de países España) y *muerte troncoencefálica* (corresponde únicamente a la muerte del tallo cerebral, aplicada sobre todo en Reino Unido). En España a la 'muerte encefálica' también se la denomina 'muerte cerebral', por lo que a lo largo del trabajo se emplearán los dos términos indistintamente.

3. Traducción del inglés de *ad donor rule*, regla definida por John Robertson (1988). *Relaxing the death standard for organ donation*. En D. Mathieu (Ed). *Organ Substitution Technology: Ethical, Legal and Public Policy Issues*. Routledge. pp. 69-76.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

Finalmente, se formulará la solución propuesta y se manifestará como la más simple y fiel a la realidad ontológica del moribundo al desvincular la muerte de la donación de órganos. Dicha solución no es otra que el abandono de la *regla del donante cadáver*, sin que ello implique cambio alguno en la *praxis* médica.



I. EL PROBLEMA: LA NECESIDAD DE UN CONCEPTO DE MUERTE COMPATIBLE CON LAS FUNCIONES VITALES

2. UN PROBLEMA FILOSÓFICO: EL PROBLEMA CONCEPTUAL Y EL PROBLEMA FUNCIONAL EN MEDICINA.

El significado de los conceptos básicos de una ciencia, en este caso la medicina, forman parte del paradigma científico al cual está adscrita, al igual que su límite de investigación, las teorías básicas, los métodos de investigación aceptados y los valores con los que se comprometen los científicos.

En lo que respecta a la medicina, dentro de su paradigma se pueden encontrar conceptos básicos como *salud* o *enfermedad*, entre otros. Concretamente este trabajo se centrará en el concepto de *muerte*, sobre todo en el de muerte clínica y en los problemas y las consecuencias que de este concepto se derivan, pudiéndose observar su complejidad ya que es difícil alcanzar un acuerdo de mínimos entre países, tanto en la definición como en los criterios para el diagnóstico.

A este respecto, el médico Charles M. Culver y el filósofo Bernard Gert (1982) postulan que se debe comprender y delimitar bien el concepto de *muerte* antes de decidir cualquier criterio médico para determinarla, de lo cual se deduce que no se puede decidir en medicina cuándo una persona está muerta sin antes conceptualizar o, lo que es lo mismo, hacer filosofía.

Así pues, se exponen dos niveles diferentes en cuanto a la muerte se refiere, el nivel teórico, identificado como conceptual, que pertenece al campo de la filosofía y el nivel práctico o funcional, propio de la medicina o el derecho, en el que se establecen los criterios necesarios para diagnosticarla y el marco legal que de ellos se deriva. Tal y como se ha visto, el nivel conceptual precede al funcional, aunque cabe señalar que estos dos niveles epistemológicos no deben confundirse, cosa que sucede demasiado a menudo como, por ejemplo, cuando se define la muerte mediante criterios funcionales para saber únicamente cuándo tiene lugar y no cuál es su naturaleza, es decir, se confunde el qué con el cuándo. Por bien elegidos y precisos que sean los criterios funcionales, no definen ni conocen la naturaleza de la muerte, pues esta no es definible mediante la tecnología o la verificación empírica.

Según el análisis realizado por David Rodríguez-Arias (2013), el origen de la separación entre el ámbito teórico y el práctico de la muerte tiene su origen en 1981, concretamente cuando el neurólogo James L. Bernat, el psiquiatra Charles M. Culver y el filósofo Bernard Gert ofrecieron conjuntamente

el primer argumento científico en defensa de la muerte cerebral que implicaba una definición de muerte. Dicho argumento consistía en diferenciar tres aspectos en la determinación de la muerte humana, a saber: la definición de muerte, cuya tarea se debe desempeñar desde el ámbito de la filosofía; los criterios para identificarla, tarea del ámbito médico y, por último, las pruebas clínicas o instrumentales que permiten determinarla empíricamente, pertenecientes a la medicina y a la técnica. Este modelo basado en tres aspectos es conocido como *definición, criterios, tests* y fue asumido ese mismo año por la Comisión Presidencial para la Determinación de la Muerte en los Estados Unidos '*Uniform of Determination of Death Act*' (UDDA en adelante), cuyo objetivo era ofrecer una definición de muerte para elaborar una ley federal con el objetivo de determinar el fallecimiento.

La UDDA llegó a la conclusión de que la muerte se definía como la *pérdida del funcionamiento integrado del organismo como un todo*, definición que no presenta pocos problemas. Aceptó como criterios de muerte que cumplen esa definición la pérdida irreversible de las funciones cerebrales o de las funciones cardiopulmonares, de modo que se acepta la muerte cerebral (*whole brain dead*) como criterio de muerte. Como pruebas para determinar estos criterios recoge aquellas que pueden evidenciarlas, tales como el electrocardiograma plano, el encefalograma plano, la prueba de apnea, etc. Cabe señalar que, si bien la mayoría de los países acogieron en sus leyes la muerte cerebral entendida como la pérdida irreversible de la totalidad de las funciones cerebrales -entre ellos España-, las pruebas requeridas para determinarla varían notablemente de unos países a otros, lo que permite que un mismo individuo pueda ser concebido como cadáver en un país y como paciente en otro⁴.

Como bien indica Rodríguez-Arias (2013), el modelo *definición, criterios, tests* está fundamentado en una concepción esencialista del lenguaje, puesto que comprende que un concepto engloba algún rasgo común que tienen todos los entes a los que dicho concepto se aplica. De este modo, se concibe que la muerte posee una esencia característica que solamente la comparten todos los individuos muertos, por lo que la definición de *muerte* debería estar formada única y exclusivamente por su esencia. Este aspecto es muy importante resaltarlo pues más adelante se observará cómo el esencialismo impone unos límites a la definición de muerte que la hacen problemática y, tal vez, la clave para solucionar los problemas que plantea, se halle en abandonar dicho esencialismo.

3. EL NACIMIENTO DE LA MUERTE CLÍNICA

Etimológicamente la palabra 'muerte' viene del latín *mors, mortis*, que posee la misma raíz que el verbo latino *mori*, del que procede el verbo morir. Ahora bien, el sustantivo y el verbo tienen connotaciones muy distintas en cuanto a su significado, sobre todo en lo que respecta a los ámbitos médico, jurídico y ético. De este modo, el **morir** refiere al proceso biológico de terminalidad

4. Wijdicks, E. F. (2002). Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology*, 58(1), 20-5.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

de la vida, mientras que la **muerte** refiere al momento concreto en que se diagnostica y atestigua un nuevo estado, el de cadáver. Ambas situaciones son muy importantes, pero las decisiones a tomar en cada una de ellas son de diferente trascendencia.

El **morir** es un **proceso** asistencial a un paciente con un pronóstico de situación evolutiva terminal. Las decisiones más importantes a tomar una vez diagnosticado este proceso están relacionadas con la limitación del esfuerzo terapéutico para mantener la vida. De manera que el morir refiere a la vida humana como un proceso biológico, dicho proceso no compromete ni afecta a la dimensión ontológica del individuo en tanto que su individualidad se considera todavía activa y no se cuestiona, permaneciendo intactos todos sus derechos como individuo.

Sin embargo, la **muerte** plantea varios problemas ya que puede referir a un **estado** (opuesto a la vida, ser un cadáver, una situación que conduce a la necrosis inmediata) o a un **suceso** (fin de la vida, opuesto al nacimiento, momento preciso en el que se muere, con fecha y hora). En este sentido, la muerte como suceso equivale al juicio diagnóstico de **muerte clínica**, es decir, al momento en el que el médico diagnostica la muerte. La muerte como estado se deriva de dicho diagnóstico, pues el paciente ha dejado de ser un individuo y ha pasado a ser un cadáver. De este modo, la muerte clínica, al reconocer un nuevo estado, compromete la dimensión ontológica del individuo diagnosticado, lo cual es de gran relevancia, ya que abre la posibilidad a actuaciones como la firma de un certificado de defunción que permite la realización de una autopsia, el enterramiento, la incineración, la solicitud de donación de órganos a la familia o la disposición de sus bienes a terceros, entre otros.

Respecto a su determinación, los médicos griegos de la antigüedad ya se interesaron por establecer el momento exacto en el que un ser humano muere, siendo los primeros en establecer los signos que permitían identificar la muerte tales como «el paro del pulso y de la respiración, palidez, baja temperatura, lividez, mirada fija, descenso de la mandíbula inferior, relajación de esfínteres, *rigor mortis* y putrefacción»⁵.

Estos signos hicieron que, hasta mediados del siglo pasado, la muerte fuera fácil de reconocer, por lo que no requería de ningún médico que la certificara. Además, los procesos de duelo antes de la inhumación solían ser largos, por lo que se hacían manifiestos algunos signos ciertos de muerte⁶, con lo que era inconfundible. El momento preciso de la muerte, el suceso, se identificaba con el paro cardíaco, de manera que la muerte era puramente biológica, identificada con las funciones vitales acordes a la vida animal.

Sin embargo, debido al avance de la tecnología, a mediados del siglo XX, la muerte entendida de este modo ya no es viable, por lo que se establece la muerte clínica. El porqué de ello se expondrá a continuación a través de los factores que influyeron en este cambio y que se corresponden con el nacimiento de la medicina moderna.

Durante el siglo XVIII emerge un especial interés sobre la muerte aparente en los estudios médicos, directamente relacionada con el miedo a ser enterrado vivo. Este estudio se inicia con el libro de Giovanni Maria Lancisi publicado en 1707 y titulado *De subitaneis mortibus* y perdurará aproximadamente hasta mediados del siglo XIX.

Con el miedo al enterramiento prematuro surge la duda ante algunos de los signos de muerte que, a menudo, son inciertos, como la parada cardíaca puesto que a muchos que se les para el corazón, sobre todo ahogados y congelados, no están muertos ya que pueden ser reanimados. Pero, sobre todo, surge la teoría de que la muerte no es un suceso puntual como se creía hasta entonces, sino que más bien es un proceso que tiene su origen en el momento en el que se constata la irreversibilidad de la muerte, es decir, el proceso empieza cuando los conocimientos médicos son insuficientes para revertirlo.

Ninguno de los criterios empleados para diagnosticarla resultaba eficaz al cien por cien, motivo por el cual se empezaron a construir en Europa una serie de edificios especiales para albergar a los cadáveres dudosos hasta que mostrasen signos inequívocos de putrefacción⁷ y así evitar el miedo al enterramiento prematuro y también el olor fétido de los cuerpos.

En 1749 aparece publicada por primera vez la idea de la muerte concebida como un proceso, concretamente es Georges-Louis Leclerc de Buffon quien, en su *Historia natural del hombre*, sostiene que el cuerpo muere poco a poco y por partes, siendo este un proceso natural y gradual observable en los ancianos, en su proceso de deterioro hacia el fallecimiento. Más tarde, en 1765, Ménuret de Chambaud, médico francés, escribió el artículo "Muerte" en la *Enciclopedia*, en el que describe el organismo humano en dos niveles, a saber: el nivel celular y molecular y el nivel corporal, de modo que en el primero se tendría en cuenta la vida de las células y moléculas, en el segundo la vida como resultado del funcionamiento de los órganos. Con esta distinción, la muerte también se daría a dos niveles: la muerte conocida como biológica, que consiste en la muerte de todas las moléculas que componen el organismo, llamada 'muerte irrevocable' por Chambaud y, la llamada por él 'muerte imperfecta', en la que cesan las funciones vitales de la respiración o la circulación, que equivaldría a la muerte del organismo. Esta idea de la muerte como proceso queda finalmente asentada en 1800, cuando el anatomista Xavier Bichat en su obra *Recherches physiologiques sur la*

5. Bossi, L. (2017). *Las fronteras de la muerte*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica. pp. 13-14.

6. Los signos ciertos de muerte corresponden a las señales de necrosis, inequívocas de un cadáver.



7. Único criterio que se consideraba y se considera definitivo y eficaz, pero tiene el inconveniente que requiere demasiado tiempo de espera antes del enterramiento y, por supuesto, no válido para donantes de órganos.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

vie et la mort, describe el proceso gradual de la muerte: cómo esta empieza con el mal funcionamiento o paro de uno de sus órganos vitales y cómo después se extiende a los demás. Así, la muerte del organismo está precedida por una serie de muertes parciales.

Con el paso de los años, las técnicas de reanimación siguieron perfeccionándose. Fue a partir de 1904 cuando se empezaron a realizar masajes cardíacos externos hasta que, en 1947, Claude Beck inventó el desfibrilador. El objetivo de estas técnicas no era otro que la reanimación, es decir, devolver el paciente a la vida para evitar confundirlo con un muerto.

A finales de los años sesenta del pasado siglo, todo el desarrollo de las técnicas de reanimación culmina con el surgimiento de las técnicas de soporte vital que permiten mantener la respiración, la circulación y, en definitiva, todas las funciones vitales independientemente del cerebro, debido a que este no interviene en ellas, solamente ordena su ejecución. Dichas técnicas, utilizadas en la actualidad, que permiten mantener la circulación de un cuerpo cuando el sistema nervioso no funciona, son el ventilador mecánico y la membrana de ventilación extracorpórea (ECMO).

De este modo, las técnicas de reanimación y de mantenimiento de las funciones vitales han hecho que se medicalice la muerte y se establezca lo que se conoce como muerte clínica que, como su nombre indica, agrupa una serie de síntomas y se diagnostica, al igual que se hace con las enfermedades.

La muerte clínica es diferente de la biológica, pues en esta se espera que mueran todas las moléculas y se sigue determinando mediante el paro cardíaco, aunque también está medicalizada y debe ser certificada por un médico y en ella el proceso de necrosis sigue su curso natural. En cambio, la muerte clínica se diagnostica de varios modos, concretamente como muerte encefálica, troncoencefálica o por cese de la respiración y la circulación. En ella, el proceso de corrupción del cadáver no se inicia inmediatamente debido a que este está conectado al soporte vital, por lo que su circulación sanguínea sigue funcionando perfectamente y sus constantes se mantienen. La muerte clínica genera problemas tanto conceptuales como éticos, médicos e incluso legales, empezando porque es contraintuitivo observar un cadáver que respira o que puede engendrar perfectamente y llevar a término un feto.

Por ello, se plantea el dilema fundamental de si la muerte clínica es una predicción de la muerte (proceso) o si es la muerte en sí (suceso). Es cierto que, desde un punto de vista legal, la muerte no puede ser considerada un proceso, debe ser un suceso con fecha y hora determinadas para poder asumir todas las consecuencias que ello conlleva, desde el momento en el que se le pueden extraer los órganos en caso de que sea donante, hasta en el que el cuerpo puede y debe ser inhumado o incinerado. Pero determinar el momento justo de la muerte clínica es algo que genera no pocos problemas debido a la convencionalidad que esta presenta y los diferentes modos de certificar el diagnóstico de muerte tales

como el encefálico, el troncoencefálico o el cese de la circulación y la respiración⁸. Todo ello genera disputas entre filósofos, científicos y médicos puesto que, tanto la definición de muerte como los criterios que se utilizan para diagnosticarla, varían de unos países a otros.

4. ¿BIOLOGICISMO O NORMATIVISMO?



Con el objetivo de resolver el problema desde una perspectiva más filosófica, nos interesa dilucidar si la muerte es un hecho bruto o si la muerte es más bien algo institucional⁹. Según James Bernat (1981), defensor de la muerte encefálica, la muerte es un hecho bruto independiente de nuestro saber actual, lo que ocurre es que nuestra tecnología es todavía insuficiente para determinar este hecho bruto natural. Como se ha visto en la introducción, los defensores de esta concepción junto con Bernat son Charles Culver y Bernard Gert, los tres son partidarios de que la entidad que muere es un organismo animal y no algo metafísico como el concepto de *persona*. Definen la muerte como la pérdida irreversible del funcionamiento integrado del organismo y conciben que el cerebro es el órgano que regula dicho funcionamiento integrado. Por tanto, si se pierden las funciones cerebrales, se pierde la vida, ya que estas son las que integran el organismo y, sin ellas, este deja de existir como un todo.

Sin embargo, se les ha objetado que no todas las funciones integradoras del organismo se ubican en el cerebro. Por ejemplo, Alan Shewmon (2001) señala que en pacientes diagnosticados de muerte cerebral se conservan funciones integradoras del organismo como la homeostasis, la regeneración celular, la cicatrización de las heridas, la gestación llevada a término, la maduración sexual o el crecimiento en el caso de niños y, por último, la respuesta hormonal y cardiovascular en el momento de la incisión sin anestesia al inicio de la extracción de órganos¹⁰.

También cabe tener en cuenta que, en los inicios de la definición de la muerte cerebral, los pacientes que la padecían solían entrar de manera natural en parada cardiorrespiratoria a los pocos días, a pesar de estar conectados a máquinas de soporte vital. Lo que ocurre en la actualidad es que la tecnología ha avanzado y los pacientes en muerte cerebral pueden llegar a estar en ese estado durante varios meses e incluso años.

8. A todos ellos hay que añadir el de muerte neocortical o cortical (*higher brain death*) que, como se verá más adelante, es una propuesta de filósofos y científicos que no se ha llevado a la práctica en ningún país pero que podría llegar a tener la misma validez epistémica que el resto de modos de diagnosticar la muerte clínica.

9. Según John R. Searle, un hecho bruto corresponde a un hecho natural, objetivo, en el que no interviene el ser humano, mientras que un hecho institucional es aquel de origen humano o fruto de un acuerdo humano, tales como el lenguaje, el dinero, el gobierno, etc. En este sentido la muerte clínica sería institucional.

10. Por este motivo y por otros, en la actualidad se utiliza anestesia en los explantes.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

Todos estos inconvenientes hacen que, o bien se abandone la definición actual de muerte cerebral asimilada a la muerte biológica sin argumentación científica, o bien se debe ser bastante más exigente con los criterios para determinarla, ya que la explicación biologicista de Bernat, Culver y Gert ha resultado ser inconsistente porque, con el tiempo, la ciencia ha demostrado que los pacientes diagnosticados con muerte cerebral siguen manteniendo un funcionamiento integrado del organismo en lo que a las funciones biológicas refiere. De modo que la asimilación de la muerte cerebral a la muerte biológica carece de fundamento científico.

En el lado opuesto, se encuentran autores como Robert Veatch (1999), para quien la identificación de la muerte cerebral con la muerte se realiza mediante una construcción social, porque se ha pactado que quienes cumplan unas determinadas características están muertos, por tanto, según estos autores, la muerte depende de valores y no de hechos biológicos.

Los defensores de esta postura, llamada normativista, consideran que en toda definición de muerte están presentes los valores culturales, la filosofía e incluso la religión, lo cual hace que no pueda demostrarse la veracidad de ninguna de las definiciones de muerte propuestas (incluida la biológica). Por ello Robert Veatch (1999) y Alireeza Bagheri (2007) defienden la postura de que las leyes de un país deberían contemplar el derecho individual a elegir la definición de muerte que cada uno desea que se le aplique entre varias opciones posibles que se le presenten. Así se podría elegir estar muerto en el caso de una pérdida irreversible de la conciencia, de pérdida de la identidad personal, de paro cardíaco, etc. De este modo, no se impondría de manera legal ninguna definición de muerte, al no estar unas más fundamentadas que otras, y los individuos serían completamente autónomos a la hora de elegir cuándo estar muertos. Lo que ocurre es que esta postura presenta no pocos problemas, entre ellos, el de que se debería elegir por convención qué definiciones de la muerte acepta la ley, porque si se aceptan todas, se podría dar el caso de encontrar vivo a alguien en estado de descomposición o muerto a alguien con plena salud física y mental, ya que tendrían el derecho a decidir cuándo se les debe considerar muertos. Ahora bien, el problema surge a la hora de decidir qué definiciones de muerte se aceptan legalmente y cuáles se rechazan y, lo más difícil de todo, justificar esa elección. Sería mucho más fácil considerar la posibilidad de cuándo un individuo quiere morir (eutanasia) que la de instaurar un rango de definiciones de muerte.

Es fácilmente observable cómo ambos enfoques, el naturalista y el normativista, tienen problemas a la hora de definir la muerte: en un caso por falta de consistencia conceptual y rigor científico y en el otro por el riesgo de caer en el relativismo. Quizás la solución se halle en no formular el problema en términos binarios ya que, tal y como formulan Yougner y Arnold (2001), la muerte humana tiene parte natural y parte cultural, por lo que habría que determinar cuál es la relación entre la naturaleza y la cultura a la hora de definir la muerte o, lo que es lo mismo, averiguar cómo se relacionan hechos y valores.

Para llevar esta tarea a cabo, Rodríguez-Arias (2013) propone aludir al pensamiento de Hilary Putnam (2004), concretamente a su concepción de la relación entre hechos y valores, puesto que no la concibe como binaria. En su opinión, concebir esta relación de manera dicotómica es una creencia que tiene su origen en el empirismo de Hume, al igual que la concepción de la neutralidad de los enunciados morales respecto a la verdad.

Además, Rodríguez-Arias (2013) plantea que lo que hizo el *Comité Ad Hoc para la Muerte Cerebral de Harvard* fue presentar como cuestiones de hecho cuestiones que en realidad eran de origen moral como, por ejemplo, preguntarse si es éticamente correcto desconectar del soporte vital a personas en *coma dépassé*¹¹ o si es correcto causarles la muerte extrayéndoles los órganos, llegando a la conclusión presentada como una cuestión de hecho que el *coma dépassé* es estar muerto, así que ni se mata a nadie desconectándole del soporte vital ni extrayéndole los órganos.

De este modo, el filósofo español muestra cómo la esfera moral no es independiente de la fáctica sino todo lo contrario puesto que, a menudo, los juicios morales están vinculados a circunstancias fácticas e incluso pueden estar condicionados por estas. Putnam va un paso más allá y postula que los enunciados morales no son neutrales respecto a la verdad, sino que pueden ser juzgados de verdaderos o falsos. En su opinión, el lenguaje puede llegar a ser de manera simultánea tanto descriptivo como normativo, como ocurre con conceptos como *cruel, sincero, sensible, celoso*, etc.¹². ya que, cuando se aplican a algún individuo en concreto, se puede estar juzgándolo, describiendo cómo es o, lo más normal, haciendo ambas cosas a la vez. Si se aplica a la muerte humana, se puede inferir que no hay un momento determinado y empíricamente demostrable que indique el momento preciso en el que acontece la muerte, pero tampoco el diagnosticarla es un juicio de valor independiente de la experiencia. Puede que, tal y como señala Rodríguez-Arias (2013), el diagnóstico de muerte sea como los conceptos mencionados por Putnam y en él confluyan lo fáctico y lo moral.

Así pues, la biología *per se* no identifica la muerte, es el ser humano quien la conceptualiza, al igual que hace con las enfermedades. De este modo, se debe tener en cuenta que el concepto de *muerte clínica* es pura convención humana basada en lo fáctico. Ontológicamente la muerte no existe como tal, bajo ella se agrupan una serie de síntomas y estados que varían de un país a otro, de manera que los límites entre la vida y la muerte son institucionalizados. Por ejemplo, los tiempos en parada cardiorrespiratoria para determinar la muerte varían entre países y pueden hacerlo por períodos de

11. Término acuñado en 1959 por los neurólogos franceses Pierre Mollaret y Maurice Goulon para referirse al coma irreversible con necesidad de soporte vital para mantener las constantes vitales.

12. Hilary Putnam denomina 'conceptos éticos densos' como aquellos que tienen una doble lectura al poder referirse a un juicio de valor o a una descripción fáctica.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

más de tres minutos de diferencia. Dicho de otro modo, la determinación de la muerte puede decretarse de manera muy diferente dependiendo de los criterios que se apliquen, hasta el punto de que un mismo individuo estaría vivo en un país y en otro sería declarado muerto.

Desde otra perspectiva, en el problema filosófico de la conceptualización de la muerte se encuentran posturas como la de Bernard N. Schumacher (2018), en las que se considera que la muerte encefálica es un concepto que define la muerte de forma diferente al concepto de *muerte* tradicional, es decir, la muerte encefálica no es un criterio sino un concepto, y que la definición de muerte, sea la que sea, es un ámbito teórico que corresponde al campo de la antropología filosófica. También se encuentran posturas como la de David Lázaro (2021) en las que se diferencia entre el concepto filosófico de *muerte* y el concepto operativo de la misma. A este respecto señala que la muerte encefálica, troncoencefálica o en asistolia son conceptos operativos de muerte que en nada alteran a la definición filosófica de la muerte, es decir, estos conceptos operativos simplemente son maneras de certificar la muerte, de comprobar el fallecimiento, que no afectan para nada al concepto filosófico.

En mi opinión, los conceptos operativos de muerte se identifican con los criterios para determinarla, por lo que podría ser una manera de confundir el concepto con los criterios, el qué con el cuándo. Así, los conceptos operativos son criterios de muerte, pero en realidad, la muerte encefálica, por ejemplo, cambia el concepto filosófico de *muerte*, pues se concibe que un cadáver respira, aunque sea a través de una máquina, y ello es cambiar el concepto de *muerte* en la medida en la que es posible evitar su corrupción y hacer que realice todas sus funciones vitales a la vez que se le aplica la legislación de un cadáver.

Todo ello también afecta a la *regla del donante cadáver* puesto que, si se considera cadáveres a los muertos encefálicos, los troncoencefálicos y los de asistolia controlada, aunque respiran, se pueden extraer órganos frescos de ellos. De manera que existe un antes y un después del desarrollo de la técnica de trasplante de órganos, ya que las técnicas de soporte vital ya no tienen como única finalidad la reanimación sino la no consideración de vivo a alguien que está muerto y que podría ser un potencial donante de órganos, para lo cual es necesario un diagnóstico claro de la muerte clínica. Queda así ligada la muerte clínica con la donación de órganos y con ella se asienta de manera implícita la *regla del donante cadáver* en las legislaciones de los países en los que se realizan trasplantes.

5. DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE CLÍNICA



El diagnóstico correcto de la muerte clínica se realiza teniendo en cuenta una serie de signos objetivos que poseen valor diagnóstico demostrativo de muerte. Estos signos no aparecen de repente y además, tampoco existe la muerte como ente substancial ni como entidad morbosa, puesto que no es una enfermedad en el sentido tradicional. Para el médico, la muerte no es una entidad nosológica, sino un estado biológico, por lo que entra

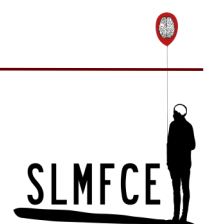
más en la categoría de síndrome¹³ que en la de enfermedad. Es pues, un mero diagnóstico clínico de estado, lo cual plantea cuestiones importantes sobre el cómo o el cuándo acontece.

En este aspecto, el neurólogo David Lázaro (2021) indica que el diagnóstico de muerte clínica no es un diagnóstico en el sentido tradicional debido a que «no evidencia ninguna enfermedad ni pretende averiguar la causa de un proceso o decidir un tratamiento u otro» (Lázaro, 2021, p. 20). En su opinión, el diagnóstico de muerte clínica es una determinación de la muerte que se identifica con un proceso médico-legal puesto que es la «confirmación de un estado que genera unas consecuencias legales importantes» (Lázaro, 2021, p. 20), como ya se ha mencionado anteriormente. De todos modos, aunque su fin no sea prescribir un tratamiento ni buscar el origen que la produce, la muerte clínica es un diagnóstico en la medida en que consiste en reconocer o distinguir los signos o los síntomas de un estado corporal, aunque no de una enfermedad, mediante una serie de criterios clínicos. Efectivamente, el fin de tal diagnóstico no es curar ni tratar, sino determinar que el paciente ha dejado de serlo y, por tanto, ha perdido sus derechos humanos al pasar a ser un cadáver.

A la hora de diagnosticar la muerte, existen tres momentos, a saber: primero el de la predicción, segundo la fijación de la irreversibilidad y tercero, los signos ciertos de muerte. De todos ellos, el segundo momento es el más problemático puesto que fijar la irreversibilidad, el inicio del proceso de muerte, es algo que implica tanto al concepto como a los criterios de muerte. En él es donde se da la institucionalización de la muerte ya que, dependiendo del concepto y de los criterios aplicados, la muerte se diagnostica de un modo o de otro.

De esta manera, se llega al punto en el que, aunque la realidad de la muerte solamente es una y se cobija bajo el paraguas del concepto filosófico, se manejan cinco conceptos funcionales distintos de *muerte*, a saber: *cardiopulmonar, en asistolia controlada y no controlada, encefálica, troncoencefálica y neocortical*. Estas tres últimas se diferencian según la parte del encéfalo que se considere que debe perder de manera irreversible sus funciones para decretar la muerte, mientras que la primera es la que se emplea de manera usual para determinar la muerte, correspondiéndose con la muerte biológica. Las cuatro últimas conforman los diagnósticos de muerte clínica, si bien es cierto que la neocortical no está recogida en ninguna legislación y no se ha puesto en práctica por los problemas médicos, éticos y legales que plantea. En la siguiente tabla podemos observar los distintos conceptos y sus criterios de manera resumida:

13. 'Síndrome' entendido como «conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o estado determinado» (Real Academia Española, s. m. Med., definición 1).



PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

CONCEPTO	DEFINICIÓN	CRITERIO APLICADO	PRUEBAS INSTRUMENTALES
CARDIOPULMONAR (Tradicional)	Cese permanente del flujo de los fluidos corporales vitales.	Cese de la función cardíaca y pulmonar.	Ausencia de pulso y esfuerzos respiratorios. Línea isoeletrica en ECG.
ASISTOLIA CONTROLADA Y NO CONTROLADA	Ausencia de circulación y respiración espontáneas durante, al menos, cinco minutos.	Cese de la función circulatoria y respiratoria.	Asistolia en un trazado electrocardiográfico continuo. Ausencia de flujo sanguíneo en la monitorización invasiva de la presión arterial. Ausencia de flujo aórtico en un ecocardiograma.
ENCEFÁLICA	Cese permanente de las funciones integradoras del organismo como un todo.	Cese de la función del cerebro entero.	Criterios de Harvard. Criterios americanos.
TRONCOENCEFÁLICA	Cese irreversible de las funciones integradoras del cerebro como un todo.	Cese de la función del tronco cerebral.	Criterios de Minnesota. Criterios británicos.
NEOCORTICAL	Pérdida irreversible de la conciencia y de la cognición.	Cese de la función de la neocorteza.	No existen pruebas efectivas.

Tabla 1. Maneras de certificar la muerte.

Así pues, la muerte clínica se puede diagnosticar de dos modos, atendiendo a criterios neurológicos o a criterios cardiocirculatorios. Del primero se obtiene la muerte encefálica y del segundo la muerte en asistolia. Se considera necesario introducir brevemente a cada una de ellas para poder delimitar bien el problema de la definición de la muerte clínica.

5.1 Muerte encefálica



En el informe de 1968 realizado por el comité de Harvard, se exponen los criterios que pretenden ser universales para diagnosticar la muerte encefálica, entendida esta como la muerte del encéfalo en su conjunto, incluyendo la corteza y el tronco encefálico. Unos años más tarde, concretamente en 1981, en Estados Unidos se decidió adoptar este concepto de *muerte encefálica* como muerte total del cerebro (de la corteza y del tronco) conocido como *whole brain death*, en una norma ya mencionada anteriormente conocida como UDDA, y se recomendó a todos los Estados que la adoptasen. Este informe se basa en un enfoque diagnóstico, es decir, al determinar la muerte encefálica, se certifica el momento en el que se ha producido la muerte, el suceso, ya que este se determina cuando se ha verificado el cese de toda función cerebral de

manera irreversible¹⁴. Es decir, la UDDA definió la muerte como la ausencia irreversible de la capacidad del organismo para organizarse y regularse por él mismo. Debido a ello, el cerebro se considera el órgano integrador que organiza y regula el cuerpo, por lo que deben cesar todas sus funciones al completo, incluyendo las del tronco cerebral. Este concepto ha sido ampliamente aceptado en los diversos sectores académicos y sociales, así como en las legislaciones de un gran número de países, lo cual no impide que esté exento de críticas, como seguidamente se mostrará.

En primer lugar, se postula que en la UDDA se hace referencia a las funciones cerebrales, pero en ningún caso a la actividad cerebral, por lo que la actividad eléctrica y metabólica de algunos grupos de células puede continuar después del cese de las funciones cerebrales. La UDDA advierte que la actividad puede ser considerada función cuando es ordenada y dirigida, según J. L. Bernat, «cuando es clínicamente observable y se ejecutan las funciones del organismo como un todo»

14. Bossi, L. (2017). *Las fronteras de la muerte*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica. pp. 31.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

(Bernat, 1992, p. 21-23). Apoyando esta crítica, Truog y Fackler (1992) sostienen que algunos pacientes diagnosticados de muerte encefálica no cumplen los requisitos para ello debido a la persistencia de la actividad eléctrica cerebral y de la función endocrina dirigida desde el hipotálamo. Por tanto, con estas funciones residuales no se cumple la exigencia fundamental de la UDDA para diagnosticar la muerte encefálica: el cese irreversible de todas las funciones del cerebro entero. Por otro lado, como ya se ha visto, Alan Shewmon señala que los cadáveres diagnosticados de muerte encefálica siguen manteniendo funciones integradoras del organismo que no dependen del cerebro, entre las que se encuentran la gestación, el crecimiento o la maduración sexual.

En España, la muerte encefálica fue recogida en la legislación el año 1979, precisamente en la *Ley de trasplantes* acogiendo a lo promulgado en la UDDA, por lo que se adhiere a los criterios de Harvard y define la muerte encefálica como muerte del cerebro y del tallo (*whole brain death*).

Sin embargo, en el Reino Unido, la definición de muerte encefálica es un tanto distinta, porque no es la que se recoge en el informe del comité de Harvard ni en la UDDA, sino que en Inglaterra basta con la muerte del tronco cerebral para determinar la muerte encefálica. Ello es debido a que, al establecer los criterios para diagnosticarla¹⁵, se consideró que en ausencia de función del tallo encefálico el cerebro no funciona como un todo, por lo que se puede establecer la muerte¹⁶. De este modo, la muerte del tronco cerebral implica la pérdida irreversible de la conciencia junto a la pérdida irreversible de la función respiratoria autónoma.

Cabe destacar que los británicos comenzaron con el diagnóstico de la muerte del tallo encefálico desde un enfoque pronóstico, es decir, cuando se determina la muerte encefálica, la muerte en sí todavía no ha acontecido, es el inicio del proceso irreversible donde el suceso de la muerte todavía no ha tenido lugar. Sin embargo, en 1979, los mismos criterios pasan de ser pronósticos a ser diagnósticos, identificando el suceso con la determinación de la muerte encefálica. Este caso es un claro ejemplo de la convencionalidad de los criterios y del establecimiento del suceso puesto que, sin cambiar un solo criterio, pasan de considerar la muerte encefálica de un proceso a un suceso y el que antes era un moribundo, ahora es un cadáver. Actualmente, los británicos continúan diagnosticando el cese de las funciones del tallo cerebral para determinar la muerte encefálica por lo que, desde 1995, la denominan *brain stem death*¹⁷.

A esta definición británica se le formula principalmente una objeción: la pérdida irreversible de la capacidad para respirar presenta problemas teóricos porque en el ser humano, lo que realmente respira son las mitocondrias de las células, que lo

siguen haciendo mientras el corazón late gracias a la ventilación mecánica. Así pues, lo que se pierde no es la función respiratoria sino la capacidad para ventilar de manera espontánea, por lo que debe ser sustituida por una máquina. De manera que la ausencia de la función respiratoria por sí sola no puede decretar la muerte porque puede ser sustituida por la ventilación mecánica en la UCI, lo que implica que la función del tronco cerebral puede ser reemplazada por las máquinas.

Hay un tercer tipo de muerte llamada muerte neocortical o simplemente muerte cortical, en el que la muerte se produciría en el momento en el que las funciones de la neocorteza (conciencia y cognición) quedan irreversiblemente dañadas y pierden su actividad. Los partidarios de esta postura señalan que la neocorteza es la que define las características humanas de la racionalidad y la autoconciencia, por lo que perderlas implica perder la parte humana, la personal y, por tanto, la muerte. Truog y Fackler (1992) señalan que la tecnología es capaz de suplir las funciones biológicas, pero no la conciencia ni su contenido, siendo ello lo que caracteriza al ser humano tanto como especie, como individuo, y su pérdida es la que debe determinar la muerte.

Esta definición presenta varios problemas, tanto en el ámbito teórico como en el práctico. Equivale a decretar la muerte cuando el contenido de la conciencia se haya perdido de manera irreversible, de este modo todos los pacientes decretados muertos con las otras nociones de muerte encefálica, también lo estarían con la muerte neocortical, pero con esta definición, los pacientes con anencefalia y los que se encuentran en estado vegetativo persistente (EVP en adelante) también serían decretados muertos.

A la muerte neocortical se le objeta que los pacientes con anencefalia que conservan el tronco cerebral pueden presentar un comportamiento casi normal en bebés¹⁸, además de que en neonatos normales, el tronco encefálico incluso desarrolla actividades propias de la corteza¹⁹, motivo por el cual no se considera muertos a los anencefálicos. Por otro lado, en los pacientes EVP, el contenido de la conciencia está ausente, aunque el de la consciencia relacionado con la vigilia está intacto. Por lo que las otras definiciones de muerte no se le pueden aplicar y, como vegetativamente está estable, no se le considera un enfermo terminal en lo que a las condiciones biológicas refiere.

Con la muerte neocortical, se cambiaría de manera radical el concepto de *muerte* en ambos casos, puesto que se dejarían de lado la condición fisiológica para centrarse en la psicológica. Además, el contenido de la conciencia es difícil de explorar incluso en individuos normales por ser una experiencia subjetiva, lo cual hace que sea imposible asegurar su ausencia²⁰.

15. Fue Christopher Pallis, experto en el estado de coma, el que guio a los médicos y legisladores ingleses para establecer los criterios de muerte del tallo cerebral.

16. Bossi, L. (2017). *Las fronteras de la muerte*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica. pp. 30.

17. *Ibidem*. pp. 38.

18. Massachusetts Medical Society (1990). The infant with anencephaly. Medical Task Force on anencephaly. *NEJM*, 322, 669-674.

19. Anand KJS y Hickey PR. (1987). Pain and its effects in the human with anencephaly. *NEJM* 317, 1321-29.

20. Desde mi punto de vista, esta crítica también se podría aplicar al resto de definiciones de muerte, incluida la de asistolia controlada en la que no se da tiempo a la destrucción total del cerebro. En ningún caso se puede demostrar la pérdida de la subjetividad.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

Además, según David Lázaro (2021), lo que ocurre es que en la actualidad no existe una base biológica que identifique conciencia y corteza cerebral hasta un grado que permita desarrollar criterios fiables para diagnosticar la muerte neocortical, por lo que la califica de teoría filosófica con un soporte empírico débil.

Tampoco hay instrumentos diagnósticos auxiliares que permitan diagnosticar un EVP, por lo que el diagnóstico puede ser erróneo, sólo el paso de un largo periodo de tiempo puede confirmarlo y, aun así, ha habido casos de mejoras e incluso recuperaciones inesperadas.

5.2 Muerte en asistolia



Se identifica con los protocolos a corazón parado, está directamente relacionada con la donación de órganos y, cabe señalar, que la ley española de trasplantes vigente²¹ la denomina oficialmente «diagnóstico de muerte por criterios circulatorios y respiratorios» (Real Decreto 1723/2012. Sec. I. p. 89344) pero se conoce en la práctica como *muerte en asistolia*. De hecho, así la denomina la Organización Nacional de Trasplantes.

El cambio de nombre de ‘cardiopulmonar’ a ‘criterios respiratorios y circulatorios’ se realiza con el objetivo de tratar de evitar la confusión con el criterio de muerte tradicional de parada cardíaca por el que se certifica la muerte biológica desde los inicios de la humanidad y, tras el cual, comienza el proceso de putrefacción, apareciendo signos de muerte cierta. La muerte clínica por criterios respiratorios y circulatorios, al igual que la cardiopulmonar, se basa en la asistolia, pero su objetivo directo es la donación de órganos, no la certificación de la muerte biológica, por lo que varía la forma de diagnosticar la muerte al basarse en criterios diferentes.

Una vez explicado este detalle en la nomenclatura, es necesario especificar que hay dos modos de decretar la muerte en asistolia, la controlada y la no controlada. La diferencia entre ambas categorías estriba en el lugar donde se produce la muerte del paciente. La no controlada se produce fuera del hospital y la controlada, siempre en la unidad de cuidados intensivos o en quirófano.

La muerte en asistolia no controlada corresponde a aquella en la que sobreviene el paro cardíaco de modo imprevisto. España y Francia son los dos únicos países de la Unión Europea donde se decreta la muerte en asistolia no controlada para la obtención de órganos, en ella se debe iniciar un protocolo invasivo al cadáver mediante ECMO, para el cual la ley dispone de un consentimiento presunto que hace que todos los españoles sean potenciales donantes a no ser que se haya explicitado previamente lo contrario.

Respecto a la controlada, se diagnostica a pacientes ingresados por una enfermedad catastrófica en la unidad de cuidados intensivos en la que el pronóstico de muerte es patente, por

ejemplo, pueden ser pacientes en fase preterminal y dependientes del soporte²² vital. En estas circunstancias, normalmente los médicos de cuidados intensivos hablan con el paciente y/o la familia y se llega a la toma de una decisión conjunta de retirar las medidas de soporte, lo cual se suele realizar en UCI o en quirófano para poder empezar a realizar el explante lo antes posible. Actualmente también es posible en pacientes que han solicitado la eutanasia y manifestando su deseo de ser donantes, a quienes se les ingresa y se les provoca la asistolia en quirófano.

Este tipo de determinación de la muerte entra en confrontación directa con la *regla del donante cadáver* puesto que, a pesar de que es muy eficiente debido a que proporciona un gran número de órganos, es cierto que para evitar el riesgo de isquemia, se hace necesario acortar los tiempos entre el paro cardíaco y el comienzo de la extracción, motivo por el cual plantea grandes problemas éticos, entre ellos el que se centra en la duda de que los donantes estén realmente muertos, problema que se expondrá en el apartado correspondiente.

5.3 El concepto de irreversibilidad en la muerte clínica



Otro de los problemas semánticos habitual en el tema de la muerte clínica es el relacionado con el concepto de *coma irreversible*, puesto que la palabra ‘coma’ se aplica, por definición, a un paciente vivo, aunque sea un coma profundo, inducido o persistente. Sin embargo, en el Informe de Harvard de 1968, el concepto de *coma irreversible* se identifica con la muerte, puesto que habla de un coma irreversible y arreactivo como requisito indispensable para diagnosticar la muerte encefálica.

El concepto de *irreversibilidad* acompaña a casi todas las definiciones de muerte clínica como criterio imprescindible pero, a pesar de ello, la irreversibilidad no es parte del concepto de *muerte* ya que su significado se restringe a que no se consideren las posibilidades futuras del paciente. De este modo, la irreversibilidad puede jugar un doble papel en la definición de muerte: por un lado, puede tener un significado ontológico cuando el daño sufrido no puede ser sanado por ningún medio, ni espontáneo ni técnico, por lo que se hablaría en términos absolutos, puesto que se reconoce que el cerebro está realmente muerto debido al daño sufrido y es irrecuperable. Por otro lado, puede tener un significado ético, en el sentido que se utiliza de modo práctico como un dato de hecho en relación al conocimiento médico y técnico del momento.

Cuando más importancia adquiere el concepto de *irreversibilidad* es cuando se considera la muerte como un proceso, identificándose con el punto de no retorno y distinguiéndose tanto del inicio como del final de dicho proceso. En este aspecto cabe la posibilidad de considerar que el diagnóstico de

21. Real Decreto 1723/2012.

22. Por retirada de las medidas de soporte vital se entiende la retirada del respirador y la retirada del tubo endotraqueal, ambas denominadas ‘extubación terminal’. Esta se produce normalmente en el quirófano o en la propia unidad de cuidados intensivos. En la legislación española se requieren cinco minutos desde que se da el paro circulatorio para decretar la muerte sin realizar ejercicios de reanimación, es entonces cuando se procede al inicio del explante.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

la irreversibilidad del proceso de muerte sea el garante de que se cumple la *regla del donante cadáver* cuando se extraen órganos para el trasplante sin dejar que el cadáver muestre signos ciertos de muerte con el fin de evitar la isquemia que sufrirían algunos órganos si esto ocurriese. Esta garantía queda manifiesta cuando la Declaración de la Asamblea Médica Mundial de 1968 dio más importancia al momento de determinar la irreversibilidad del proceso de la muerte que al final de este, que es cuando tiene lugar el suceso del fallecimiento que conduce irremediamente a la necrosis (muerte biológica). Con lo cual, se violaría la *regla del donante cadáver*, puesto que se hace coincidir la muerte con la irreversibilidad de modo totalmente convencional y a sabiendas de que el fallecimiento biológico no se ha producido todavía.

El mismo año, 1968, el Comité de Harvard identificó la muerte encefálica con el suceso de la muerte, cuando en realidad lo que hicieron fue identificar el cuadro clínico irreversible que supone la muerte encefálica con la muerte. Así pues, la muerte encefálica podría tomarse como el diagnóstico del punto de no retorno, pero no el final del proceso. De este modo el Comité de Harvard da un salto epistemológico ilícito, pues definen un cuadro clínico como un nuevo concepto de *muerte* con el fin de respetar la *regla del donante cadáver* y obtener órganos frescos y sanos para trasplantes, ya que se puede iniciar la extracción cuando se cumplen los criterios clínicos de muerte y no los ciertos. Con este salto epistemológico se origina el problema de la conceptualización de la muerte en medicina y, junto a él, el juego de malabares para concebir legalmente un cadáver con latido cardíaco, lo cual es indispensable para que los órganos del donante sean viables.

Así pues, se puede observar claramente cómo el concepto de *irreversibilidad* no es un diagnóstico sino un pronóstico porque es una afirmación sobre los hechos futuros, de hecho, no es una muerte cierta sino una muerte clínica, como se ha dicho, en la que el corazón no deja de latir. A este respecto, el Consejo Danés de Ética se pronunció respecto al concepto de *irreversibilidad* defendiendo que el paciente en muerte encefálica ha comenzado el proceso irreversible de la muerte, aunque no ha muerto todavía. La situación de no retorno y la certeza de que el individuo morirá no autorizan a considerarlo ya muerto. Pero que no se le considere ya muerto no debería ser impedimento para obtener sus órganos si el paciente así lo ha manifestado explícitamente, pudiendo morir en el proceso de donación por propia elección habiéndolo pactado anteriormente con el equipo médico. De este modo no se haría otra cosa que acelerar el proceso fatal y evitar el sufrimiento a la vez que se practica la solidaridad al más alto nivel.

Por otro lado, según Rodríguez-Arias, «hay varios niveles de exigencia para establecer la irreversibilidad de un estado» (Rodríguez-Arias, 2011, p. 111). Así se observa que, en el nivel más alto de exigencia, la irreversibilidad se dictamina cuando se sabe con seguridad que el corazón no volverá a latir independientemente de las acciones que se tomen o de los medios técnicos de que se disponga, es decir, en este caso «se trataría de una imposibilidad absoluta o metafísica» (Rodríguez-Arias, 2011, p. 111). El grado intermedio de

irreversibilidad se da cuando, según los medios disponibles en un lugar y momento determinados, no se puede recobrar el latido cardíaco, «se trata de una imposibilidad contingente» (Rodríguez-Arias, 2011, p. 111). Por último, en el nivel más débil de irreversibilidad, basta con que se haya tomado la decisión de no proceder con la reanimación, es decir, el latido cardíaco no se va a restablecer por decisión del equipo médico, del paciente y de sus familiares «en este caso se trata de una imposibilidad decidida: el latido podría recobrase, pero se ha decidido que eso no va a ocurrir» (Rodríguez-Arias, 2011, p. 111). Este último nivel es el que adoptan los protocolos de donación tras paro circulatorio y respiratorio controlado (asistolia controlada).

Hans Jonas (1980) ha sido uno de los filósofos críticos con el concepto de *irreversibilidad* puesto que, según su argumentación, lo irreversible es distinto según se aluda a la espontaneidad o a la función misma, es decir, un paciente en coma puede tener un cese irreversible de la función respiratoria espontánea pero reversible en cuanto a la actividad misma, ya que puede respirar con ayuda del ventilador.

Como se puede observar, el concepto de *irreversibilidad* juega un papel igual de fundamental que de problemático en lo que respecta al diagnóstico de la muerte clínica si se enfoca a la extracción de órganos. Todos los conflictos que genera se resolverían si se considerase el abandono de la *regla del donante cadáver*, puesto que ya no sería necesario tener en cuenta la irreversibilidad para decretar la muerte debido a que no sería necesario diagnosticarla.

5.4 Criterios para diagnosticar la muerte clínica

Como ya se ha señalado, los criterios para diagnosticar la muerte clínica varían entre países, por lo que se ha considerado adecuado exponer en este apartado los españoles, aunque se mostrarán también algunas diferencias de dichos criterios con otros Estados.

a) Muerte encefálica y troncoencefálica

En España, los criterios diagnósticos de muerte encefálica están descritos en el RD 1723/2012, de 28 de diciembre, en la ley que regula los trasplantes de órganos. En ella se señala que antes de iniciar la exploración neurológica existen unos requisitos diagnósticos que el paciente debe cumplir: en primer lugar, debe tener estabilidad hemodinámica y una temperatura corporal por encima de 35 grados centígrados ya que no se puede ni siquiera decir que uno puede estar vivo o no si no tiene un mínimo de 36 grados, por lo que, si es necesario, habrá que recalentarlo con el fin de poder pasar luego a la exploración²³. En segundo lugar, el paciente no debe tener una enfermedad del sistema endocrino metabólico, puesto que también podría provocar hipotermia, parálisis, etc. En tercer y último lugar, el

23. Por debajo de 35°C se considera que un cuerpo humano está en hipotermia, lo que indica que es probable que esté muerto, ya que todos los muertos están fríos; pero se debe tener en cuenta que no todos los que están fríos están muertos, por lo que es necesario recalentar el cuerpo y comprobar realmente su estado.



PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

paciente no debe estar bajo el influjo de ningún fármaco o agente depresor del sistema nervioso central ni de bloqueadores neuromusculares. Estos tres requisitos son útiles para evitar confundir la muerte con lo que podría ser una muerte aparente, es decir, con un estado reversible.

Seguidamente se pasa a la exploración neurológica. Se aplica, en primer lugar, la escala de Glasgow con el fin de explorar el nivel de coma que puede tener un individuo²⁴. La siguiente exploración va dirigida al tronco encefálico ya que la muerte como muerte encefálica tiene que, según la legislación española, demostrar tanto la muerte de la corteza, como del tronco cerebral. Este se explora de dos modos, por un lado, con un reflejo de apnea²⁵ y, por otro lado, con el suministro de atropina que, en caso de no tener reacción, demostraría que el nervio vago no ha sido capaz de transmitir esa aceleración al corazón.

Siempre que el diagnóstico sea exclusivamente clínico, se recomienda repetir la exploración neurológica según los siguientes períodos: a las seis horas en los casos de lesión destructiva conocida; a las veinticuatro horas en los casos de encefalopatía anóxica y, si se sospecha o existe uso de fármacos o sustancias depresoras del sistema nervioso central, el período de observación debe prolongarse, a criterio médico, de acuerdo a la vida media de los fármacos o sustancias presentes y a las condiciones clínicas y biológicas generales del paciente. Ahora bien, estos periodos de observación pueden acortarse u omitirse según el criterio médico siempre que se realicen pruebas instrumentales de soporte diagnóstico.

b) Muerte en asistolia



El diagnóstico de muerte por criterios circulatorios y respiratorios se basará en la constatación de forma inequívoca de ausencia de circulación y de ausencia de respiración espontánea, ambas durante un período no inferior a cinco minutos²⁶. Y como requisito previo al diagnóstico y certificación de la muerte, o bien se realizan durante el tiempo adecuado las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, resultando infructuosas, o bien no se considera indicada la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar en base a razones médica y éticamente

24. La escala de Glasgow mide el estado de alerta o, dicho de otro modo, el nivel de coma en el que se encuentra un paciente con daño cerebral. Por ejemplo, en esta escala un pellizco o un apretón en la mandíbula sin respuesta motora indica un posible daño en la corteza cerebral.

25. Esta prueba consiste en retirarle el respirador a una persona intubada que está en coma. Si después de un tiempo determinado no hace ningún movimiento ventilatorio, se declara que está en apnea. Para realizar el diagnóstico de muerte troncoencefálica, se debe realizar una gasometría a los dos minutos de estar en apnea y la PCO₂ debe ser superior a 60. Esta prueba es controvertida, pues al quitarle la respiración durante tanto tiempo, puede que algunas células del encéfalo o del tallo sanas resulten afectadas debido a la falta de oxígeno. Es algo que no se puede saber, de modo que esta prueba puede que contribuya a la muerte encefálica, siendo esta una crítica que muchos expertos realizan.

26. En el caso de la legislación española son cinco minutos, en otras el período puede variar desde los dos minutos hasta los 10.

justificables, de acuerdo con las recomendaciones publicadas por las sociedades científicas competentes.

La ausencia de circulación se demostrará mediante, al menos, una de las siguientes pruebas instrumentales: electrocardiograma, monitorización invasiva de la presión arterial o ecocardiograma.



II SOLUCIONES: CÓMO CONSEGUIR LA CUADRATURA DEL CÍRCULO

6. LA MUERTE NEOCORTICAL COMO SOLUCIÓN A LA FALTA DE ÓRGANOS



A propósito de unas palabras pronunciadas por Henry K. Beecher²⁷ que afirmaba que la muerte es un proceso continuo y la muerte encefálica es una elección arbitraria en ese proceso²⁸, Robert M. Veatch criticó los criterios de Harvard y, en 1975, propuso una alternativa a la muerte encefálica, ya que consideraba que esta no terminaba de satisfacer la creciente demanda de órganos para trasplante. Su propuesta consistió en lo que él mismo llamó *higher brain dead*, más conocida como 'muerte neocortical' o simplemente 'cortical'. Guiándose por las palabras de Beecher, formuló que la muerte es un proceso continuo y que se produce cuando la neocorteza cerebral (sede de la consciencia) queda destruida debido al proceso de anoxia.

Veatch (1975) afirmó que su propuesta era igual de arbitraria que la enunciada por Beecher, pero mucho más coherente y útil para obtener órganos viables ya que bastaría con perder de manera irreversible la consciencia para estar muerto, de este modo entrarían en la definición todos los individuos decretados muertos por muerte encefálica más los EVP y los bebés anencefálicos, entre otros, con lo cual el número de donantes aumentaría y la calidad de los órganos también.

Tristram H. Engelhardt, partidario y defensor de la muerte neocortical, es uno de los primeros en observar que concebir la muerte de este modo «implica distinguir entre la vida biológica humana y la vida personal, entre la vida de un organismo humano y una persona humana» (Engelhardt, 1988, p. 177), es decir, identifica el concepto *ser humano* como individuo perteneciente a la especie *homo sapiens*, lo que se corresponde con criterios puramente biológicos, y el de *persona* lo identifican como el ser humano capaz de realizar una serie de propiedades exclusivamente humanas dependientes todas ellas de la neocorteza, tales como la racionalidad, la consciencia de sí mismo sostenida en el tiempo y la consciencia y responsabilidad morales derivadas de las propias acciones. Pero esta es

27. Anestesiólogo estadounidense que formó parte del Comité de Harvard para acordar la definición y los criterios de la muerte cerebral.

28. Estas palabras Beecher las pronunció en diciembre de 1970, concretamente en un fórum sobre la muerte encefálica organizado por la *American Academy for the Advancement of Science*. El comentario de Beecher fue publicado en 1971 y, a causa de ellas, muchos pensaron que los criterios de muerte encefálica habían sido diseñados para satisfacer la demanda de órganos para trasplante.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

una definición general de 'persona' que cada filósofo adapta a sus argumentos pues, como cualquier concepto filosófico, encontrar una definición absoluta y universal es prácticamente imposible. Lo que sí es cierto es que si se separa el término 'ser humano' del de 'persona', se asume que todos los *homo sapiens* son seres humanos, pero no todos los seres humanos son personas, lo cual tiene implicaciones bioéticas muy importantes y también muy polémicas ya que quedarían excluidos de ser personas los discapacitados mentales profundos, los individuos seniles, los que se encuentran en estado vegetativo persistente, los bebés anencefálicos y, en definitiva, todos aquellos seres humanos incapaces de tener conciencia de sí mismos, de valorar su propia existencia como dice John Harris (1985) o de preocuparse de ser alabadas o censuradas, como defiende Engelhardt (1995).

Peter Singer es otro de los férreos defensores de la muerte neocortical, llegando a afirmar que «tener conciencia propia es crucial para tener el derecho a vivir» (Singer, 1995, p. 92), también Norbert Hoerster «solamente un ser con autoconciencia puede tener deseos acerca del futuro y, en ese sentido, un interés por sobrevivir» (Hoerster, 1995, p. 75).

De este modo, la defensa de la muerte neocortical lleva a considerar que todos aquellos seres humanos que tengan irreversiblemente dañada la neocorteza, deben ser considerados muertos al no ser personas por carecer de ciertas capacidades racionales. En estos casos no importaría la muerte biológica humana sino la muerte de la persona. Así pues, si se decreta la muerte en este tipo de seres humanos, será posible extraer sus órganos para trasplante y así satisfacer la demanda que no queda cubierta con la muerte encefálica.

Pero, evidentemente, esta postura genera mucha controversia entre expertos de todos los campos puesto que, de llevarse a la práctica, deberían considerarse cadáveres a muchos individuos de los cuales nadie duda que estén vivos, por lo que es una definición mucho más contraintuitiva que la muerte encefálica. Engelhardt llega a considerar a estos individuos como «cadáver biológicamente vivo» (Engelhardt, 1995, p. 268) o Karen Gervais como «cadáver que respira» (Gervais, 1988, p. 176), debido a que nadie los calificaría de muertos.

Los problemas que de la concepción de la muerte neocortical se derivan no son pocos ni leves, el más evidente es que se la tilda de postura puramente utilitarista, ideada única y exclusivamente para obtener órganos, con lo cual se estaría instrumentalizando a estos seres humanos al considerarlos muertos. A pesar de que autores como Singer reconocen abiertamente que así es, la polémica generada en parte a la compasión y en parte a la intuición de lo que significa estar vivo, ha hecho que no se avance en obtener órganos por esta vía y se busquen otras menos controvertidas.

A mi modo de ver, la muerte neocortical es una propuesta muy arriesgada, cierto es que considero que es una forma más humana de concebir la muerte frente a la mera vida animal porque, en realidad, pocos humanos estarían dispuestos a vivir sin neocorteza. Muchos son los que dejan patente que, si alguna vez quedan en estado vegetativo persistente, les gustaría

que no les permitiesen vivir así. Por otro lado, con la aprobación de la eutanasia, hoy en día pienso que es una postura que queda obsoleta puesto que se puede elegir morir dignamente antes de perder las facultades personales o pueden decidirlo los familiares en caso de un estado de consciencia irreversible. En realidad, lo verdaderamente debatible de la muerte neocortical es que ha sido concebida para instrumentalizar a unos seres humanos con una serie de características determinadas con el único fin de obtener sus órganos para beneficiar a terceros, y que para ello se los despoja de todos los derechos y de toda dignidad llegándolos a concebir como simples 'cosas' (Bartlett y Youngner, 1988, p. 211).

Así pues, debido a la controversia que genera la muerte neocortical y a su alto grado contraintuitivo, es un concepto que no ha llegado a calar entre la comunidad médica y que ningún país del mundo ha acogido en su legislación debido a la complejidad jurídica que resulta al intentar, por ejemplo, definir a un enfermo de Alzheimer o a un bebé anencefálico como cadáveres a los que se les pueden extraer los órganos, enterrar, incinerar o practicar una autopsia. Otro factor en contra de esta definición de muerte es que, en la actualidad, no se ha identificado o ubicado el lugar exacto de la consciencia en la neocorteza cerebral, a lo máximo que ha llegado la neurología es a distinguir entre un sistema que genera el despertar y la vigilia que depende del tallo cerebral y un sistema distinto que intervendría en la consciencia y que depende de la neocorteza cerebral. De manera que, actualmente, no se disponen de criterios médicos o técnicos fiables para diagnosticar la muerte neocortical.

Una vez llegados a este punto, se debe reconocer que estas posturas tan complejas no hacen más que engrandar el problema de encontrar una definición de muerte adaptada a la donación de órganos. Como se podrá observar, lo más sencillo sería desvincular ambas y abandonar de una vez por todas la *regla del donante cadáver*.

7. LA PANACEA: LA MUERTE EN ASISTOLIA



Desde los criterios de Harvard, la donación de órganos ha ido en aumento hasta el punto de no tener suficiente con los pacientes en muerte cerebral, por este motivo ha habido varios intentos de redefinir la muerte con el fin de obtener más órganos, entre dichos intentos se encuentra la muerte neocortical, tal y como se acaba de ver. Pero el más exitoso ha venido de la mano del Protocolo de Pittsburgh. Dicho protocolo surge a partir de los años ochenta debido a varios casos que se dieron en el Hospital Universitario de esta ciudad, en los cuales, cuatro familias de pacientes que llevaban ingresados bastante tiempo en la unidad de cuidados intensivos con un pronóstico infausto, solicitaron a los médicos de intensivos la retirada de las medidas de soporte, lo cual hizo que se reuniera en varias ocasiones el comité de ética del hospital junto con los médicos implicados en los equipos de trasplante y de intensivos. Fruto de estas reuniones se elaboró el protocolo de Pittsburgh de donación de órganos de pacientes a corazón parado publicado en 1992 y que fue y sigue siendo duramente criticado por establecer tan poco tiempo entre la parada cardíaca y el inicio de la extracción de órganos (solamente dos minutos entre

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

y otro), por lo que no da tiempo a que el cerebro muera por anoxia. Además, el corazón de estos pacientes cuyo paro determina la muerte, puede ser trasplantado a otros pacientes y volver a latir sin problemas, motivo por el cual muchos consideran que podría seguir latiendo si al donante se le hubiese reanimado.

Pero a pesar de las críticas, la muerte en asistolia controlada es tan eficaz en la provisión de órganos que rechazarla sería renunciar a muchos de los trasplantes, motivo por lo que, a pesar de las críticas, la donación tras la muerte en asistolia controlada ha sufrido un incremento espectacular en muchos países.

En 1995 se realizó en Europa una conferencia de consenso para aplicar el protocolo a corazón parado que dio como fruto los criterios de Maastricht, que clasificaron en cuatro categorías a los donantes, a estas categorías España e Italia añadieron una más cada una:

TIPO DE DONANTE MAASTRICHT	DESCRIPCIÓN	PECULIARIDADES
Tipo I	Paro cardíaco no controlado fuera del contexto hospitalario que fallece al llegar al hospital. Encargado el equipo de urgencias.	
Tipo II	Paro cardíaco no controlado pero en presencia de socorristas cualificados. Encargado el equipo de urgencias.	
Tipo III	Paro cardíaco a causa de una decisión de cese de las terapias activas. Encargado el equipo de cuidados intensivos.	
Tipo IV	Paro cardíaco controlado tras muerte encefálica. Encargado el equipo de cuidados intensivos.	
Tipo V	Paro cardíaco no controlado irreversible en reanimación. Encargado el equipo de cuidados intensivos.	Categoría propuesta por el grupo de médicos de trasplantes de Madrid para recoger los paros acontecidos en la unidad de cuidados intensivos.
Tipo VI	Paro parcialmente controlado fallecido durante el mantenimiento extracorpóreo de la circulación (ECMO). Encargado el equipo de cuidados intensivos.	Categoría propuesta por el grupo de Pavía (Italia) para los paros cardíacos que se presentan con la ECMO.

Tabla 2. Tipos de donantes Maastricht

A partir de la tipología de los donantes de Maastricht, la donación en asistolia tiene dos protocolos, uno llamado 'no controlado' y otro llamado 'controlado'. Como se ha visto anteriormente, el primero se aplica cuando el paro cardíaco sobreviene fuera del entorno hospitalario y de manera no prevista, en él los sanitarios deben intentar reanimar al paciente durante al menos treinta minutos, pasado este tiempo se detienen las maniobras y se diagnostica la muerte. Posteriormente, debido al consentimiento presunto que se aplica en España, sin consultar a ningún familiar, se somete al cuerpo del potencial donante a unas técnicas invasivas (ECMO) con el fin de preservar los órganos hasta la extracción. Después se informa a la familia, que debe tomar la decisión de la donación de manera rápida. El proceso de preservación solamente se interrumpirá en el caso de que la familia deniegue el consentimiento o se compruebe que el fallecido se opuso en vida a la donación. Lo que ocurre es que la mayoría de gente desconoce estas técnicas, bastante invasivas e inmediatas, posiblemente si las conocieran, muchos no estarían de acuerdo con el consentimiento presunto y exigirían que fuese un consentimiento explícito, más libre, pues sería previa y plenamente informado, lo que fomentaría la autonomía individual. También podría ser que, en un principio, se dejasen de obtener órganos para trasplantes debido al miedo de la población a estas técnicas, pero con una buena información acerca de ellas y los beneficios sociales que reportan, se podría compatibilizar la libertad de elección con el número de órganos necesarios, pues no se debe olvidar el carácter solidario y altruista que promueve a los ciudadanos a donar.

Respecto al protocolo controlado, los países que se decantan por él han visto aumentado considerablemente el número de órganos para trasplante. Como ya se ha visto, en la asistolia controlada el paro cardíaco acontece en el entorno hospitalario y es esperado y anticipado, puesto que se produce al retirar el soporte vital a pacientes previo acuerdo del equipo médico, el paciente (en caso de estar consciente o de haberlo manifestado explícitamente en vida) y los familiares. Evidentemente, los pacientes que se encuentran en estos casos sufren patologías incurables como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA en adelante) en fase preterminal o son casos de eutanasia. Normalmente, la retirada del soporte vital que provoca el paro cardíaco tiene lugar en la UCI o en el quirófano con el fin de poder extraer los órganos lo más rápidamente posible, utilizando anestesia general, al menos en España, para evitar posibles reacciones del cuerpo ante el explante. La muerte se declara después de un breve periodo de parada que oscila entre los dos minutos del protocolo aplicado en Pittsburgh y los cinco de España, tras el cual comienza la cirugía de la extracción. Ni qué decir tiene que, por ser fruto de un acuerdo previo, se desestiman las maniobras de reanimación debido a que lo que se persigue es la muerte del paciente.

Entre las críticas a la muerte en asistolia se encuentran, por un lado, quienes dudan de que estos pacientes estén realmente muertos, que aducen que cinco minutos no son suficientes para la destrucción total del cerebro, por lo que en el momento de la extracción todavía no se ha producido la muerte cerebral. Quizá por ello se recomienda extraer los órganos

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

bajo los efectos de la anestesia general, por las reacciones que estos cuerpos pueden tener debido a la posibilidad de que persistan funciones cerebrales superiores, por lo que no se puede excluir que sientan algún tipo de dolor. El solo uso de anestesia es un indicador de que la muerte biológica no se ha producido todavía porque si así fuere, la anestesia sería innecesaria, tal y como ocurre en las autopsias, ante las que nadie se plantea utilizarla.

Por otro lado, hay quienes también dudan de la muerte del paciente, pero por otro motivo, ya que creen que el paro circulatorio es potencialmente reversible en el momento de la extracción, lo que ocurre es que no se ha realizado la reanimación cardiopulmonar por no considerarse oportuna²⁹. En este punto se puede observar el nivel más bajo de irreversibilidad nombrado anteriormente, al que Rodríguez-Arias llama 'irreversibilidad decidida' (Rodríguez-Arias, 2011, p. 111). De hecho, más adelante se expondrá que el paro es totalmente reversible, sobre todo cuando se va a extraer el corazón.

Es precisamente aquí donde se encuentra un punto problemático, pues cuanto más largo sea el tiempo entre el paro cardíaco y la extracción de órganos, más riesgo se corre de isquemia. Por el contrario, cuanto más corto sea este tiempo, más fácil es violar la *regla del donante cadáver*. Por ello se han acertado los tiempos hasta dejarlos en el mínimo posible fundamentado por una irreversibilidad decidida que es más un juicio de valor que la descripción de un hecho. Es decir, de nuevo se observa una decisión moral encubierta disfrazada de hecho, tal y como hizo el Comité de Harvard con la muerte encefálica. El hecho de que se decida no reanimar al paciente es normativo, un pacto entre médicos, paciente y familiares que consideran que lo mejor y más conveniente para el paciente es no reanimarlo, pero no porque ya esté muerto (pues la posibilidad de reanimación y de que su corazón vuelva a latir es real) sino porque se considera la mejor de las decisiones posibles. Ello demostraría que en la realidad ya se está violando la *regla del donante cadáver* puesto que la ley permite y asume que el explante se justifique con argumentos normativos y no sólo descriptivos. Además, si uno de los órganos donados es el corazón, este es reanimado una vez pasados los cinco minutos de parada circulatoria y respiratoria, lo cual refuerza tanto la normatividad de la decisión de no reanimar como la violación de dicha regla.

Así pues, este procedimiento de protocolo controlado genera un gran debate entre los expertos, a lo que es necesario añadir que, además, en el paso que va de ser paciente a ser donante, puede que entren en conflicto de intereses la exigencia de otorgar los mejores cuidados al moribundo y la exigencia de obtener órganos sanos y frescos, con lo que los equipos

29. La legislación de trasplantes de nuestro país así lo recoge en el Real Decreto 1723/2012, pues uno de los dos requisitos que debe cumplir el diagnóstico de muerte por criterios circulatorios y respiratorios es el siguiente: «No se considera indicada la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar en base a razones médica y éticamente justificables, de acuerdo con las recomendaciones publicadas por las sociedades científicas competentes».

médicos deben decidir hacia cuál de los dos lados decantarse³⁰.

Todo ello ha hecho que autoras como Renée C. Fox calificaran el protocolo de Pittsburgh como «una forma innoble de canibalismo» (Fox, 1993, 231) ya que lo ve como un protocolo fríamente utilitario que no beneficia en nada al donante y no deja que muera rodeado de sus familiares, sino que debe hacerlo en quirófano para que el tiempo de isquemia sea mínimo, aunque, como más adelante se verá, afortunadamente en España no es así.

Desde este trabajo, tal y como se expondrá más adelante, no se critica el modo de proceder puesto que, si es una decisión acordada entre el equipo, el paciente y la familia, se aplica anestesia y se evita el posible daño al donante, no se tiene nada que objetar. Lo que se propone es abandonar la *regla del donante cadáver* y que se acepte que en estos casos, el paciente muere donando, sabedor él y su familia de que lo hace sin sufrimiento y con la finalidad de que así se aprovechará el máximo de órganos posible. Es decir, lo que aquí se propone no es un cambio en las prácticas actuales que se emplean para la obtención de órganos para trasplante, el cambio que se propone es en la nomenclatura y en el ámbito jurídico puesto que se dejaría de calificar de muerto al donante.

8. NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE: LA FICCIÓN JURÍDICA

Autores como Seema Shah, Franklin Miller o Robert D. Truog, consideran que el cumplimiento de la *regla del donante cadáver* vinculada a la cirugía de trasplantes es una ficción que se podría tomar como ficción jurídica. Peter Singer (1995) también reconoce que dicha *regla* es una ficción que permite resolver el problema jurídico de la utilización de órganos de pacientes moribundos, pero no muertos.

En opinión de estos autores, en esta regla hay dos ficciones involucradas correspondientes a los dos criterios de muerte, a saber: por un lado, existe una ficción que ellos llaman 'de estatus' relacionada con la muerte encefálica ya que esta toma lo que no es por lo que es, es decir, identifica la muerte encefálica con la muerte. Por otro lado, se encuentra una ficción anticipatoria, vinculada a la muerte en asistolia, pues consiste en considerar como ya ocurrido aquello que inminentemente va a ocurrir que es, según estos autores, lo que sucede en el caso de la donación tras la muerte por el cese de la función circulatoria y respiratoria.

30. Es decir, puede haber una posible colisión entre los cuidados adecuados al final de la vida del paciente y futuro donante con el poder maximizar las oportunidades que se presentan para un posible trasplante: ante un pronóstico infausto y una trayectoria clínica hacia una muerte más o menos inminente, puede ocurrir que no dé lo mismo la manera en la que el paciente finalmente fallezca debido a que se pueden dar distintas avenidas hacia esa fase final, una de las cuales frente a la otra puede que sea mejor en términos de optimización del posible trasplante pero que sean incompatibles para los cuidados paliativos que el paciente requiera. En este caso el equipo médico de cuidados intensivos deberá decidir cómo solventar el dilema teniendo en cuenta la autonomía y voluntad del paciente y de su familia respecto a la donación de órganos.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

Las ficciones jurídicas, también conocidas como ficciones del derecho (*'legal fictions'*) son construcciones mentales creadas como instrumentos con el fin de generar un efecto jurídico en la realidad. Ejemplos de ellas se pueden encontrar en casi todos los sistemas jurídicos del mundo, a modo concreto, en el artículo 29 del Código Civil español se establece que «al concebido se le tiene por nacido para todos los efectos que le sean favorables», lo cual se identifica como una ficción anticipatoria.

Por otro lado, cabe tener en cuenta que este tipo de ficciones tienen entre los juristas sus detractores y sus defensores. Entre los primeros destaca Jeremy Bentham, quien calificó la ficción jurídica como «la sífilis del Derecho, que se esparce a través de las venas, llevando a todo el sistema a un principio de corrupción» (Bowring, 1843, p. 92) o a John Austin, quien considera que es una tontería sin sentido decir que el marido y la mujer constituyen una unidad.

Sin embargo, entre los defensores se encuentran todos los legisladores que a lo largo de la historia crearon estas ficciones como Caspar R. von Ihering, que llamó a tales ficciones 'mentiras blancas del Derecho' dándoles un sentido positivo. Pero quizá el más férreo defensor y estudioso de las ficciones jurídicas fue Lon. L. Fuller (1967) quien estableció que estas no son mentiras porque no tienen la intención de engañar, ni de hecho engañan a nadie, simplemente son fenómenos lingüísticos que facilitan la aplicación del Derecho.

Por tanto, la finalidad de estas ficciones no es engañar, y tampoco son errores de la razón. Su misión es adecuar la ley a nuevas circunstancias para dar una salida más equitativa a los casos complejos. En resumen, son un instrumento para hacer más sencillo el razonamiento jurídico. De este modo, una vez formulada una ficción jurídica, ya no hay que explicar cada vez por qué ante un estado de incertidumbre es bueno suponer algo.

En el caso de la muerte, ante una nueva situación facilitada por el desarrollo tecnológico en medicina, se pueden prolongar las funciones vitales de manera casi ilimitada en individuos que carecen de un cerebro funcional pero, por otro lado, gracias a estos mismos avances, se necesitan cada vez más órganos de personas para salvar la vida de otras personas; dichos órganos, como ya se ha visto, deben estar bien perfundidos para que sean viables. Por todo ello, el derecho se adapta a esta nueva situación presumiendo el momento de la muerte, ya que ello entraña el paso de considerar a una persona como un cadáver, con todas las implicaciones legales que ello conlleva, entre ellas la de la extracción de órganos vitales. Es decir, aunque se sepa que a las personas a las que se les extraen los órganos siguen respirando después de que se determine su muerte en el caso de la muerte encefálica, o que su cerebro no está completamente destruido cuando comienza la extracción tal y como sucede en la donación tras el cese de las funciones circulatoria y respiratoria, se ha construido la ficción jurídica de que están muertos para cumplir con la *regla del donante cadáver* y así poder extraer sus órganos, aunque es muy difícil no dudar de que estos pacientes

están muertos tal y como se entiende la muerte de manera tradicional.

De este modo, Shah, Truog y Miller se apoyan en la definición de Lon Fuller sobre la ficción jurídica para explicar cómo se sigue manteniendo la *regla del donante fallecido* a pesar de que los cadáveres respiran, sienten y no se corrompen. Singer también considera que dicha regla se admite como una ficción jurídica porque ello no perjudica a los pacientes desahuciados, a los que se les evita el sufrimiento, y se beneficia al resto, empezando por la familia del donante y terminando por los receptores, pasando por el equipo de trasplantes. Es decir, asumir esta ficción en el ámbito del Derecho tiene fundamentos utilitaristas ya que de un único bien se beneficia un gran número de personas. Pero lo mismo ocurriría en el caso de que se abandonase la *regla del donante cadáver*, porque la *praxis* médica sería la misma, no se perjudicaría en nada al donante y se beneficiaría a los demás. Ahora bien, sí que se requerirían cambios en la legislación, puesto que se debería eliminar la ficción jurídica.

Sin embargo, otros autores como Julian Savulescu y Dominic Wilkinson (2012) proponen otras alternativas que van más allá de la ficción jurídica, siendo menos tortuosas y más francas como lo que ellos han denominado 'extracción eutanasia de órganos'. En este caso no se trata de reducir al máximo los tiempos del protocolo de la donación en asistolia, sino de considerar que el paciente está vivo y que la causa de su muerte será la extracción. Ahora bien, esta alternativa entra en conflicto con la *regla del donante cadáver* puesto que se considera que el paciente muere donando, pero es rigurosamente respetuosa con los intereses de un paciente que ha declarado su voluntad de ser donante. Singer y Truog también proponen abandonar el ámbito de la ficción y desvincular la determinación de la muerte de la donación de órganos, al igual que también defenderá Rodríguez-Arias, para lo cual se debe abandonar la *regla del donante cadáver*.

Pero por buena que parezca esta opción, no se ha planteado en ningún lugar del mundo de manera explícita debido a que implica la violación de la *regla del donante cadáver*. Lo que se sigue empleando es la ficción jurídica, a pesar de que se podría admitir que lo que en realidad se realiza es una eutanasia. A modo de ejemplo, Bélgica, uno de los países donde la eutanasia es legal desde hace varios años, ha sido pionera en haber protocolizado la donación de órganos tras la eutanasia voluntaria, de manera que en este país, los órganos vitales de pacientes que han solicitado una eutanasia, pueden ser extraídos inmediatamente después de que aquella se lleve a cabo, al igual que ahora en España. Pero de ningún modo se contempla la posibilidad de que la eutanasia sea el motivo de la muerte, sino que se practica la muerte en asistolia controlada y así se da por muerto al paciente antes del explante, aunque no lo esté. Aun así, surge un gran dilema entre la posibilidad de aprovechar el mayor número de órganos para salvar al mayor número de personas, y los cuidados y requisitos necesarios para que la eutanasia sea satisfactoria, es decir, se puede llevar a cabo una instrumentalización del paciente en beneficio de salvar vidas de terceros, lo cual seguiría un criterio pura-

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

mente utilitarista. Para evitar ese riesgo, se ha insistido en la necesidad de que la decisión sobre la donación solo pueda plantearse tras haber aprobado la decisión de poner fin a la vida. Así, al paciente que desee morir no se planteará la posibilidad de donar sus órganos hasta que su decisión de morir no haya sido aprobada y ratificada. Por otro lado, para evitar conflictos de intereses y una posible instrumentalización, se exige que los profesionales encargados de evaluar y llevar a cabo la solicitud de la muerte médicamente asistida no pertenezcan a los mismos equipos que los profesionales del explante. Cabe señalar que la instrumentalización del donante no aumenta si se abandona la *regla del donante cadáver* debido a que este da su consentimiento explícito después de haber sido correctamente informado del proceso, en base a dicho consentimiento, se otorgan unos cuidados u otros al final de la vida.

9. SOLUCIÓN A LA DEFINICIÓN DE MUERTE: ABANDONO DEL ESENCIALISMO DE DEFINICIÓN-CRITERIOS-TESTS



El fundamento de la muerte clínica se ha apoyado en la secuencia *definición-criterios-test*, basada, como se ha expuesto en el punto uno del presente trabajo, en una concepción esencialista del lenguaje. Pero, tal y como señala Rodríguez-Arias (2010), hay autores³¹ que para evitar los fallos de fundamentación de la muerte clínica, desvinculan la concepción esencialista del lenguaje de la definición y justificación de la muerte cerebral y adoptan una concepción wittgensteniana de esta, es decir, conciben que la muerte no se define por unos rasgos esenciales y comunes que comparten todos los muertos, sino que los rasgos son contingentes y no son compartidos por todos los fallecidos. Wittgenstein llamó a dichos rasgos 'parecidos de familia'. En el caso de la muerte, estaría definida por una serie de rasgos de los cuales ninguno sería esencial: si bien es cierto que todos los muertos comparten algunas propiedades, estas no tienen por qué ser las mismas y ni tan siquiera tiene una de ellas que ser común a todos ellos. Con el objetivo de ejemplificarlo más claramente, Rodríguez-Arias (2010) señala que si se atiende a las condiciones o funciones del cuerpo humano, no hay ninguna que por sí sola implique necesaria y suficientemente la muerte, es decir, no hay un rasgo esencial que la defina. Lo único que se puede encontrar son «condiciones que al estar presentes en un individuo, lo hagan ser más susceptible de pertenecer a la familia de los muertos» (Rodríguez-Arias, 2010, p. 11). Dentro de estas condiciones se encuentran, por ejemplo, la pérdida de conciencia, la de la respiración espontánea, la del latido espontáneo, la del funcionamiento integrado, la de la capacidad de reproducción, la de la resistencia a la entropía o la de la temperatura, entre otras. Todas estas condiciones juntas solamente las reúne un cadáver con signos ciertos de muerte, es decir, con necrosis, por ello se lo tomaría como

31. Botkin y S. Post (1992) citan a Ladd como el primero en abandonar el lenguaje esencialista para definir la muerte encefálica. En 2005, W. Chiong retomó este argumento para definir la muerte cerebral.



el paradigma³² de muerte. De este modo se observan individuos que comparten diferentes rasgos con el caso paradigmático de muerte como, por ejemplo, un individuo en muerte cerebral, un EVP, un síndrome del cautiverio o ELA en estado avanzado, etc. Para que se pueda observar mejor, reproduzco el esquema que ofrece Rodríguez-Arias (2010) al que yo añado el síndrome del cautiverio y la ELA en estado avanzado:

[*Véase en la página siguiente]

Como se puede observar, no es necesario ser un caso paradigmático para ser considerado muerto, lo cual justificaría por qué la muerte cerebral, a pesar de ser compatible con el funcionamiento integrado y la capacidad de reproducción, puede asimilarse a la muerte.

El problema surge a la hora de acordar qué rasgos o, en este caso, qué pérdidas de funciones, se pueden identificar con estar muerto, con lo cual se vuelve de nuevo al inicio del problema: qué acuerdos normativos se toman en base a estados fácticos para determinar que alguien está muerto y, por tanto, se le puede enterrar, extraer los órganos, etc.

Por todos los problemas que surgen con la definición del concepto de *muerte* y su adaptación a los nuevos estados, quizá lo más razonable sea buscar una solución sencilla y definitiva que permita extraer los órganos sin alterar el concepto de *muerte* y sin recurrir a ficciones de ningún tipo, tal y como se va a exponer en el siguiente apartado.

10. APLICACIÓN DE LA NAVAJA DE OCKHAM: ABANDONO DE LA REGLA DEL DONANTE CADÁVER



Como se ha visto a lo largo de la exposición, quizá el problema fundamental no se encuentra en la definición de la muerte, sino en desvincular esta de la donación de órganos. Es decir, quizá la solución más simple y menos problemática sea la de abandonar la *regla del donante cadáver*³³, lo que provoca la emancipación de la donación de órganos de la muerte. Autores como Truog y Miller (2008) apoyan la derogación de dicha regla e incluso cuestionan la necesidad de establecer el momento de la irreversibilidad en el momento de la muerte, puesto que ya no sería necesario al no tener que diagnosticarla. En este caso, la decisión de llevar a cabo un explante debería fundarse única y exclusivamente en el consentimiento informado del paciente y de la familia así como en el pronóstico médico. De este modo, aseguran los autores, el proceso de donación sería mucho más transparente de lo que es ahora.

32. En la teoría wittgensteniana, el paradigma lo compone el individuo u objeto de una familia que presente todos o casi todos los atributos característicos de esa familia. Los que comparten algunos de los atributos son llamados casos periféricos y los que comparten muy pocos o solo alguno con el caso paradigmático, son llamados casos fronterizos.

(*) N. del editor.

33. El abandono de la regla del donante cadáver fue propuesta por ARNOLD, R. M. y YOUNGNER, S. J. (1993). The dead donor rule: should we stretch it, bend it, or abandon it? *Kennedy Inst Ethics J*, 3(2), 263-78.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

PÉRDIDA →	Conciencia	Respiración espontánea	Latido espontáneo	Funcionamiento integrado	Capacidad reproductiva	Temperatura	Resistencia a la entropía
ESTADO ↓							
Cadáver necrosado	X	X	X	X	X	X	X
Parada cardíaca irreversible	X	X	X				
Muerte cerebral	X	X					
EVP	X						
Insuficiencia respiratoria crónica		X					
Síndrome del cautiverio o ELA avanzado		X					
Persona estéril					X		

Tabla 3. Parecidos de familia del concepto de muerte

En 2011, el filósofo español David Rodríguez-Arias entró a formar parte del debate tomando partido por la derogación de la *regla del donante cadáver* desvinculándola, como ya antes hicieron Truog y Miller (2008), de la muerte. Su defensa se basa, por un lado, en evitar el daño al moribundo mediante la administración de sedantes y, por otro lado, en el consentimiento informado necesario para autorizar el explante.

En mi opinión, desvincular la muerte de la donación de órganos tiene importantes ventajas que no se pueden obtener de ningún otro modo: en primer lugar, hace que no sea necesario redefinir la muerte para ajustarla a situaciones complejas como puede ser un cadáver con el corazón latiendo en el caso de la muerte encefálica o un cadáver con función cerebral en el caso de la muerte por asistolia controlada. En segundo lugar, porque la extracción en pacientes vivos moribundos respeta la autonomía del paciente basada en el consentimiento explícito e informado sobre la donación, porque solamente sabiendo en qué consiste el procedimiento, se puede elegir libre y conscientemente. En tercer lugar, porque al ser un proceso público y transparente, libre de ficciones tanto conceptuales como jurídicas, hace que el público siga confiando en el bien social de los trasplantes y se solidarice con las donaciones, por lo que estas no tendrían por qué disminuir en número. En cuarto lugar, es una manera real de evitar la instrumentalización del donante, puesto que lo único que se modifica con el abandono de la *regla del donante cadáver* es la información que recibe el paciente y la familia antes

de realizar la donación, la *praxis* médica sigue siendo la misma y lo que habría que cambiar es la legislación referente a los trasplantes para que dejase de amparar implícitamente la *regla del donante cadáver*.

Finalmente, mi propuesta se basa en que la donación se desvincule de la muerte y en lugar de ella se vincule a la eutanasia, es decir, se legisle para que se admita de manera clara y transparente que los donantes no están muertos en el momento de iniciar la extracción, sino que son moribundos cuyo pronóstico es el fallecimiento inmediato. De hecho, en la muerte encefálica, los órganos obtenidos para trasplante son de mayor calidad porque se mantiene el cuerpo del donante con todas las constantes vitales: «El objetivo principal del mantenimiento del donante cadáver con corazón latiente es asegurar el funcionamiento óptimo de los órganos que serán trasplantados y su viabilidad en el receptor» (Servicio Galego de Saúde, 2007, p. 34). Como se puede observar, a los donantes en muerte encefálica se les llama ‘donantes con corazón latiente’ porque su corazón no deja de latir, manteniendo así todos los órganos irrigados y oxigenados. A estos donantes, mediante monitorización y medicación, se los somete a un constante control hemodinámico, de oxigenación, hidroeléctrico, hormonal, de la temperatura, de la coagulación, de las infecciones, de la tensión arterial, de la diuresis y del medio interno. De este modo, el cuerpo se encuentra en condiciones óptimas para preservar los órganos ya que sus funciones vitales funcionan a la perfección. Entonces, ¿se podría

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

decir que el donante está muerto? Se encuentra respirando, con una circulación perfecta, temperatura y presión arterial envidiables...

En estas condiciones es trasladado a quirófano para iniciar el proceso de extracción. Se recomienda realizar una incisión torácica aunque el corazón no vaya a ser extraído ya que:

Con esta incisión se consigue tener acceso al corazón para efectuar masaje cardíaco directo en el caso de parada cardíaca y, en un buen número de casos, mejorar notablemente la hemodinámica del donante, al permitir que el miocardio, muchas veces con dificultad de latido debido a la sobrecarga hídrica, pueda así mejorar el gasto cardíaco. (Servicio Galego de Saúde, 2007, p. 50).

Así que, hasta después de la incisión, el corazón de estos pacientes continúa latiendo, al igual que si estuvieran en quirófano para ser sometidos a una operación.

El anestesiólogo se encuentra en la extracción, su papel principal en mantener la perfusión de los órganos y la oxigenación celular mediante la heparinización³⁴, su papel termina cuando el cirujano realiza en clampaje³⁵ de la aorta proximal³⁶, momento en el que el corazón deja de recibir sangre y se puede concebir como en inicio de la muerte biológica. Lo mismo ocurre con el resto de órganos, a los que se les corta la irrigación para ser extraídos y sometidos a una isquemia fría.

Aceptar que el corazón se para después del inicio de la incisión y previamente antes de su extracción, es aceptar que la *regla del donante cadáver* no es más que una ficción, puesto que el donante muere donando, es decir, pasa de ser paciente a ser cadáver en el mismo proceso de la extracción, no antes. De este modo, no se debe alterar el concepto de muerte puesto que esta queda desligada de la donación, ya no es necesario certificar el fallecimiento previo al explante puesto que realmente no se produce. Como he señalado anteriormente, la donación quedaría ligada a la eutanasia como proceso de muerte clínica asistida con el fin de donar órganos.

En el caso de la asistolia, la no controlada no presenta problema con la incompatibilidad de la *regla del donante cadáver*, pues al ser una muerte accidental, se realizan las maniobras de reanimación y hasta que empieza la extracción, el encéfalo tiene tiempo de destruirse por anoxia. Otra cosa es el protocolo de preservación que se inicia nada más decretarse la muerte, ya que al considerar la ley que todos somos donantes

potenciales debido al consentimiento presunto, se inician las técnicas invasivas para conservar los órganos. Dichas técnicas son desconocidas para la mayoría de la población y no es necesario el consentimiento de la familia para iniciarlas. Muchos profesionales opinan que si se diesen a conocer, mucha gente manifestaría explícitamente su oposición a la donación, pero ese es otro tema bioético distinto del que nos ocupa.

Respecto a la asistolia controlada, existen más problemas con la *regla del donante cadáver*, puesto que la muerte se produce de manera acordada entre el equipo médico, el paciente y la familia. Una vez tomada la decisión de limitar el tratamiento del soporte vital (LTSV en adelante), el soporte médico debe continuar hasta el momento de la extubación terminal que provocará la asistolia, «por lo que, al igual que en los potenciales donantes en muerte encefálica, el objetivo debe estar dirigido a una adecuada oxigenación, mantenimiento de una situación hemodinámica estable, mantenimiento de la diuresis, balance hidroelectrolítico y mantenimiento en rangos adecuados de los valores hematológicos y de coagulación» (Organización Nacional de Trasplantes, 2012, p. 131). Una vez llegada la fecha y hora acordadas en las que se debe producir la extubación y el posterior explante, en España se recomienda llevarla a cabo en la UCI porque el equipo médico y de enfermería es experto en dar el tipo de cuidados necesarios al final de la vida, incluyendo los fármacos apropiados. El protocolo también recoge que «se respetará el derecho de los familiares a estar junto al paciente el periodo previo y posterior a la extubación, informando que puede ser necesario una actuación rápida en el momento del paro cardiocirculatorio» (Organización Nacional de Trasplantes, 2012, p. 135). El paciente será sometido a sedación antes de la desconexión con el fin de «tratar el dolor, la ansiedad y cualquier signo físico de sufrimiento» (Organización Nacional de Trasplantes, 2012, p. 135) brindándole el confort y el bienestar necesarios de los cuidados al final de la vida. Como se puede observar, afortunadamente en España, el procedimiento es más humanitario que en otros países, puesto que la familia puede acompañar al paciente en su proceso de muerte hasta el momento de la parada.

Ahora bien, se debe obtener el consentimiento informado de la familia para insertar catéteres antes del fallecimiento con el fin de preservar los órganos lo más rápidamente posible después de certificar el fallecimiento. El consentimiento también es necesario para administrar fármacos como la heparina, la fentolamina o el bloqueante alfa adrenergico previamente a la extubación terminal o justo antes de la parada cardiorrespiratoria. De manera que, previamente a la muerte, se prepara el cuerpo con catéteres y medicación de cara a la preservación y extracción de órganos. Además, se advierte de que «tanto la familia como el equipo médico y de enfermería deberán entender que el objetivo de su administración es mejorar la función del órgano tras el trasplante y no acelerar la muerte del potencial donante» (Organización Nacional de Trasplantes, 2012, p. 135), de manera que el paciente, que aún no ha muerto, es preparado para la donación y para una muerte indolora programada previamente con el objetivo de extraer sus órganos. Se parece mucho a lo que Savulescu y Wilkinson (2012) denominaron 'extracción eutanásica de

34. Se trata de inocular heparina para evitar la coagulación sanguínea.

35. Esta técnica consiste en comprimir la aorta mediante una pinza, es en este momento cuando se debe dar aviso a la Organización Nacional de Trasplantes, puesto que empieza a contar el momento de isquemia en frío, que es la técnica empleada para preservar los órganos hasta su trasplante. En el caso del corazón, se dispone de 4 a 6 horas para el trasplante, contando que aún debe ser extraído y transportado hasta el lugar donde se encuentre el receptor.

36. Errando Oyonarte C. L. y Muñoz Devesa, L. (2011). *Anestesia y trasplante. Protocolo de obtención de órganos de donante en muerte cerebral*. Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

órganos', aunque el término 'extracción' no parece en este caso muy apropiado porque la precede, yo lo denominaría 'eutanasia con donación de órganos' ya que se planifica la desconexión y la forma de morir en miras a la donación³⁷.

Una vez acontecida la parada cardiorrespiratoria, un médico de la UCI confirmará la muerte transcurridos cinco minutos. La irreversibilidad se establece debido a la decisión del equipo médico, la familia y el propio paciente de no realizar maniobras de reanimación, tal y como se vio en el apartado correspondiente.

Seguidamente a la certificación, comienzan las maniobras de preservación y extracción de órganos, apenas cinco minutos después de la parada cardiorrespiratoria, cuando, posiblemente, el cerebro aún no se ha destruido por completo. Dichas maniobras pueden obedecer a técnicas distintas, según indica la ONT:

De menor a mayor complejidad de los métodos de preservación, las posibilidades son las siguientes: 1. Técnica de extracción de órganos súper rápida, sin ninguna medida de preservación previa. 2. Canulación de arteria y vena femorales, *premortem* o *postmortem*, con perfusión fría in situ a través de cánula arterial estándar. 3. Canulación de arteria y vena femorales *premortem*, y perfusión fría in situ a través de un catéter de doble balón y triple luz. 4. Canulación *premortem* y preservación con oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO). (Organización Nacional de Trasplantes, 2012, p. 136)

Cabe señalar que en España la primera técnica no se suele utilizar, más adelante se verá dónde se utiliza y qué problemas conlleva. Las siguientes sí, dependiendo de los recursos del centro hospitalario donde se realice la extracción y, tal y como se puede observar, en casi todas la canulación se produce *premortem* con el fin de iniciar la preservación en el menor tiempo posible después de la parada para disminuir al máximo el riesgo de isquemia. ¿Se podrían considerar estas técnicas una instrumentalización de los pacientes donantes al comenzarlas antes de la muerte y dirigir esta hacia la donación, pudiendo interferir en los cuidados adecuados del final de la vida? Pienso que si el consentimiento ha sido adecuadamente informado, tanto a la familia como al paciente, no tiene por qué ser una instrumentalización, ahora bien, el inicio rápido de la perfusión fría o de la conexión de la ECMO apenas pasados cinco minutos desde la parada, puede estar violando la *regla del donante cadáver* porque el cerebro puede no estar destruido del todo debido al corto periodo de tiempo. Ello no implica el mayor problema, pues el paciente está sedado y se presume que no sufre, pero se debería informar adecuadamente de esta posibilidad y recogerla en la legislación, aceptando que el paciente muere durante el proceso de preservación y donación de órganos y que ha sido preparado para ello.

37. Como ya se ha indicado anteriormente, en este caso pueden entrar en conflicto los cuidados finales de la vida del donante con la preservación de sus órganos.

De todos modos, el mayor problema con la incompatibilidad de la *regla del donante cadáver* se da en Estados Unidos y en Reino Unido, donde se aplica la técnica de extracción de órganos súper rápida en donantes en asistolia controlada. Para ello no se requiere ninguna medida de preservación previa y se retira el soporte vital, normalmente en quirófano, minimizando así el tiempo de isquemia. Tras la certificación de la muerte, el equipo experto de cirujanos inicia las maniobras de extracción rápidas, pudiendo comenzar la perfusión fría de conservación en menos de tres minutos desde la certificación de la muerte, lo cual lleva a muchos expertos a pensar que en tres minutos desde luego el cerebro no ha tenido el tiempo suficiente de morir por anoxia, con lo cual se considera que el paciente no está muerto cuando se inicia la extracción, violando así a la *regla del donante fallecido*.

Finalmente, para ver la última incompatibilidad de la *regla del donante cadáver* con la donación en asistolia controlada, cabe destacar la donación del corazón mediante este diagnóstico de muerte pues, hasta febrero de 2020, en España no se obtenía este órgano mediante este tipo de determinación de la muerte debido a la isquemia que sufría. Es decir, hasta esa fecha todos los donantes de corazón provenían de muerte encefálica porque se consideraba que los de muerte en asistolia no eran viables debido a la isquemia, de modo que la parada cardíaca era irreversible y el corazón no volvía a ser reanimado. Pero tanto en Australia como en otros países de Europa, estos corazones sí se aprovechaban para trasplante. La técnica seguida era que, una vez extraído, el corazón se recuperaba en una máquina de perfusión hasta su implante. Sin embargo, en España no se siguió este protocolo, a diferencia de los otros órganos, «siempre que se valore la extracción cardíaca, la LTSV se realiza en el quirófano, facilitando el acompañamiento de la familia hasta la parada circulatoria» (Vilar-García et al., 2022, p. 3), lo que la sigue haciendo más humanitaria que en otros países. Tras la LTSV y la extubación terminal, se administra una nueva dosis de heparina y, después de confirmada la parada, se respetan los cinco minutos que marca la ley para certificar la muerte. Inmediatamente después comienza el protocolo quirúrgico que incluye la disección y el pinzamiento de los troncos supraaórticos³⁸, con el fin de asegurar la ausencia de flujo cerebral antes de la instauración de la ECMO, que se realiza inmediatamente después.

Seguidamente se lleva a cabo la parte más peliaguda, puesto que:

Una vez establecida la PRN-ECMO, se procede a la reintubación y a la ventilación mecánica del paciente, iniciando las maniobras de resucitación y recuperación del latido cardíaco. A continuación se confirma la ausencia de perfusión y actividad cerebral mediante doppler carotídeo, doppler transcraneal y espectrometría biespectral (BISTM). Si en algún momento del proceso de donación se recupera la actividad cerebral, se

38. Conjunto de arterias y venas responsables de la irrigación del cerebro.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

procedería a excluir la aorta torácica de la perfusión, detener la reperfusión cardiaca y suspender la donación cardiaca, intentando asegurar la correcta preservación y obtención del resto de órganos. (Vilar-García et al., 2022, p. 4)

Es decir, después del paro que certifica la muerte a los cinco minutos, se vuelve a intubar³⁹ al paciente, se le conecta la ventilación mecánica y se reanima el corazón hasta que recupera el latido cardíaco. En la primera extracción de este tipo que se realizó en España, se recuperó el latido cardíaco en menos de un minuto, lo que indica que el proceso es bastante rápido. Si prestamos atención a esta práctica y al diagnóstico de muerte, lo que se hace es resucitar el corazón de un cadáver, algo totalmente contraintuitivo.

Aparte de que la irreversibilidad del paro cardíaco se demuestra que no es tal porque se vuelve a reanimar, el peligro de todo este protocolo de extracción se encuentra en que, al reanimar el corazón, el paciente podría recuperar la actividad cerebral en caso de que llegase un mínimo de flujo sanguíneo al cerebro, lo que indicaría que el paciente no está muerto ya que la reanimación es posible. En el mismo artículo se reconoce que «una de las mayores preocupaciones en la donación por asistolia controlada con PRN-ECMO toracoabdominal, es la posibilidad de restablecer la circulación cerebral, lo que anularía retroactivamente el diagnóstico de muerte basado en criterios circulatorios» (Vilar-García et al., 2022, p. 6), por lo que, una vez más, nos encontramos ante la dificultad de definir la muerte si se quiere seguir manteniendo la *regla del donante cadáver*. Aplicando la navaja de Ockham, lo más sencillo es admitir que la dicha regla es una ficción a la que se acogió la legislación y la medicina en el inicio de la era de los trasplantes, pero que con los avances científicos y tecnológicos cada vez es más difícil no violarla. El pensamiento de la gente de los países desarrollados ha avanzado con la ciencia, la mayoría ya es capaz de asumir la legislación sobre la eutanasia, la suspensión del LTSV, la sedación como cuidado del fin de la vida, por lo que también estaría preparado para asumir que el proceso de donación de órganos es el responsable de la muerte del paciente y no su consecuencia. De este modo no habría necesidad de redefinir la muerte continuamente para adaptarla a estados que son compatibles con la vida. Tampoco habría necesidad de alterar los protocolos de donación, que funcionan muy bien y en España son garantistas con el sufrimiento del donante. Simplemente es una cuestión de sencillez y honestidad tanto conceptual como práctica.

Así pues, la donación y la extracción de órganos ante el abandono de la *regla del donante cadáver* es moral, sólida y se fundamenta tanto en no causar daño al paciente donante como en el consentimiento informado⁴⁰, al igual que sucede con la evitación del encarnizamiento terapéutico o del sufrimiento innecesario cuando se decide la LTSV.

40. Justificación explicada y argumentada en Rodríguez-Arias Vailhen, D. y Molina Pérez, A. (2007).

En la actualidad, el miedo a la vivisección que se tenía al inicio de los trasplantes es superado por la confianza de los individuos en los avances médicos y tecnológicos, incluida la anestesia. Todo el mundo conoce a personas que han fallecido en hospitales habiendo sido sedadas, cosa que la gran mayoría ve como un alivio por ser una práctica en la cual se evita el sufrimiento. Además, la sociedad española se está familiarizando con la eutanasia, que es otro modo de llegar a la muerte sin sufrir, por ello ahora sería un gran momento para dar un paso en este sentido, aunque de momento, al igual que sucede en Bélgica y Holanda, se sigue manteniendo la ficción jurídica de la *regla del donante cadáver*.

En el momento actual se debería concienciar a la ciudadanía española del proceso real de la donación de órganos, de cómo se obtiene la viabilidad de estos y, sobre todo, de cómo salvan vidas cuando uno ya no los necesita. Morir donando es una de las maneras de despedirse del mundo regalando vida a la vez que se le da sentido a la propia muerte.

a) ¿Aumentaría la instrumentalización del donante?

Además, cabe tener en cuenta que la *regla del donante cadáver* no está escrita en ningún lugar, en ninguna legislación está recogida de forma explícita, pero sí que es asumida de manera implícita porque en todas ellas se exige un certificado de defunción antes de realizar el explante. Dicha regla no escrita cumple una función deontológica ya que está dirigida a evitar la instrumentalización de un ser humano como fuente de órganos al cumplir con la prohibición de matar y, además, contribuye a que la sociedad confíe en los trasplantes de órganos como una práctica beneficiosa que no entraña ningún perjuicio para el donante. Sin embargo, desvincular la donación de órganos de la muerte o, lo que es lo mismo, abandonar la *regla del donante cadáver*, evita al cien por cien la instrumentalización humana y también la merma de la confianza de la sociedad en los trasplantes debido a que hace a los ciudadanos más libres y autónomos al poder otorgar un consentimiento explícito con plena información previa sobre lo que la donación de órganos implica. Solamente si disponemos de la información veraz del proceso, podemos elegir de manera libre y no instrumentalizada, además, como ya se ha dicho, saber que uno muere donando no implica ningún cambio en la *praxis* médica, simplemente es información que debe conocer el posible donante y su familia antes de tomar la decisión.

b) El consentimiento explícito

Aunque es obvio, cabe señalar que al hablar de abandonar la *regla del donante cadáver*, no se defiende el derecho de matar para extraer órganos sino de la donación de pacientes considerados vivos cuyo consentimiento haya sido expreso y previo a la situación de la donación. De este modo, podrían considerarse posibles donantes, entre otros, aquellos pacientes que tienen un daño cerebral irreversible tales como la muerte cerebral, el EVP o la anencefalia⁴¹, es decir, a aquellos que los partidarios de la

41. En este caso está claro que el consentimiento no lo puede dar con anterioridad el paciente por el hecho de ser un bebé, sino que deben ser sus tutores legales quienes lo hagan.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

muerte cortical considerarían muertos, lo único que de este modo no es necesario hacer juegos de malabares para compatibilizar el concepto de *muerte* y la respiración autónoma, puesto que son pacientes considerados vivos. Pero también podrían incluirse todos aquellos que hayan manifestado su deseo de donar en una eutanasia o que estén terminales y no quieran seguir viviendo dependiendo del soporte vital (síndrome del cautiverio, ELA⁴², etc.).

Para abandonar la obligatoriedad de la *regla del donante cadáver* sería necesario pues, exigir el consentimiento explícito del paciente con anterioridad⁴³ (excepto en el caso de los anencefálicos que deberían darlo los tutores) y no se terminaría con la vida de nadie que no lo hubiese deseado expresamente, lo cual supone, desde mi punto de vista, una ventaja frente a la muerte neocortical ya que esta presupone certificar la muerte de todos los que se encuentren de manera irreversible sin las funciones de la neocorteza; sin embargo, con el consentimiento expreso y la posible donación sin ser cadáver, sólo donarían quienes así lo hubiesen determinado con anterioridad, al resto no se les tendría por qué provocar la muerte⁴⁴.

42. Como ejemplo se presenta el testimonio directo de Carmen Falomir, enferma de ELA que se adhirió al protocolo del Hospital La Fe de Valencia para la donación de órganos de pacientes con ELA. Carmen tuvo que dejar constancia explícita en su testamento vital de que no quería ser reanimada ni conectada a un ventilador mecánico cuando su enfermedad lo hiciese necesario. Ingresó en el hospital el 2 de diciembre de 2020 para morir y facilitar la extracción del máximo número de órganos posible. Como todavía no estaba aprobada la ley de la eutanasia, Carmen se adhirió a este protocolo para evitar el sufrimiento de vivir encerrada en un cuerpo que permanecía impasible ante sus órdenes y, dos años después de ser diagnosticada, ingresaba para ser sedada y donar sus órganos. Su muerte se hizo viral y hubo quien acusó al personal encargado de llevar a cabo el protocolo de La Fe de practicar una eutanasia encubierta. Juan Galán, jefe de la Unidad de Trasplantes del hospital, respondió que no era un suicidio asistido sino una sedación paliativa para bien eliminar o bien evitar la ventilación mecánica, lo que provoca una asistolia controlada para extraer seguidamente sus órganos. Carmen sabía que iba a morir y quiso donar sus órganos, para lo cual tenía que fallecer en quirófano, renunció a morir en casa rodeada de los suyos porque prefirió ayudar a otros, no creo que le hubiese importado ni que le hubiese hecho cambiar de opinión saber que la donación sería la causante de su fallecimiento y que la muerte por asistolia controlada es simplemente una ficción jurídica. Para más información, consultar <https://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2020/12/02/carmen-falomir-manana-ingresare-ultimo-25835078.html> <https://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2020/12/03/paciente-muere-renunciar-tratamiento-sedacion-25879556.html>

43. Actualmente, en España el deseo expreso que cuenta es el de no ser donante (ya que el de serlo, como se ha dicho, se presume), así se recoge en el artículo 9 del Real Decreto 1723/2012 que dice que «la sustracción de órganos de donantes muertos con fines terapéuticos se puede realizar si se cumplen los siguientes requisitos: que el fallecido del que se pretende extraer los órganos no dejó dicho explícitamente su oposición a la donación».

44. En este caso, en España se deberían cambiar los protocolos de consentimiento, pues los de ahora son de consentimiento presunto y siempre, en última instancia, es la familia la que lo tiene que dar (a no ser que el paciente hubiese manifestado explícitamente su oposición a ser donante). Así es hasta el punto de que aunque se haya hecho la Tarjeta de Donante, esta no tiene ninguna validez legal, sólo es un testimonio del deseo de donar órganos, pero los que deben autorizar la extracción, en último término, siempre son los familiares.

A este respecto, el bioeticista Tristram Engelhardt (1988) habla del consentimiento explícito y señala que los individuos son libres de dar su consentimiento y de valorar sus preferencias ya que algunos preferirán donar el máximo número posible de órganos, pero otros querrán ser enterrados íntegramente o no ser manipulados antes o después de muertos.

Sin embargo, con el consentimiento presunto, parece que el número de órganos disponibles es mayor, pero posiblemente se extraigan a algunas personas que no lo hubieran deseado. Los países del sur de Europa (Francia, Italia, Grecia y Portugal), Austria, Bélgica, y Suecia se acogen al consentimiento presunto, sabiendo que este no va acompañado de información detallada para los donantes potenciales, por lo que de consentimiento tiene poco, tal y como afirma Laura Bossi (2017) y su único fin es utilitarista. Sin embargo, en los países anglosajones y de tradición liberal (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Países Bajos y Dinamarca) junto con Japón y Alemania, se decantan más por el consentimiento explícito, lo que los hace más transparentes y libres que los anteriores. En caso de cambiar el consentimiento en España, el número de órganos disponible para trasplantes no debería verse afectado ya que el abandono de la *regla del donante cadáver* solamente implica un cambio en la nomenclatura, no en la *praxis* de los trasplantes. Dicho cambio lo único que hace es ensanchar el camino hacia la libertad al permitir que la elección sea informada y, por tanto, más responsable. Además, la trayectoria de España la sitúa en el primer lugar del mundo tanto de donantes como de trasplantes, realizándose unos 15 diarios de media y con la Organización Nacional de Trasplantes más eficiente del mundo debido a su red de distribución de órganos por todo el territorio nacional. Por estos motivos la donación y los trasplantes están muy arraigados y casi me atrevería a decir que son una seña de identidad dentro de la medicina española que no tendría por qué verse afectada si se sigue con la misma práctica pero desvinculando la muerte de la donación y cambiando el consentimiento, haciendo así todo el proceso más transparente.

II. CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo se ha expuesto cómo y por qué surge el problema de definir o conceptualizar la muerte, concretamente surge cuando se inventan los ventiladores mecánicos y otras técnicas de soporte vital que permiten mantener con vida a aquellas personas que hasta entonces morían de manera inexorable, tales como los que sufren un daño irreversible del tronco encefálico, los que han sufrido daño irreparable en la masa encefálica, etc. A estos individuos se les permite mantener las funciones vitales de manera artificial ya que ellos son incapaces de mantenerlas de manera espontánea.

La pregunta que surge es en qué momento se les debe retirar el soporte vital, puesto que ya se está seguro de que no volverán a ser conscientes ni autónomos y su vida depende de una máquina. Al mismo tiempo, también se desarrolla la técnica y la cirugía de trasplantes, que necesita órganos vivos y sanos.



PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

Con el fin de evitar la instrumentalización y que no se le quite la vida a nadie para obtener órganos sanos, el Comité de Harvard determina que los pacientes que se encuentran en coma irreversible de manera inconsciente por daños encefálicos sean determinados muertos, haciendo lícito el extraer sus órganos, puesto que estos pacientes antes o después deben ser desconectados del soporte para dejar que la muerte biológica les alcance. Se produce así la separación entre la muerte biológica y la muerte personal, ligada a la capacidad de consciencia, llegando a determinar que aunque un individuo mantenga por mucho tiempo sus funciones vitales conectado a una máquina, se estime su muerte, puesto que ya no volverá a ser consciente ni autónomo debido a los daños cerebrales sufridos.

Los órganos obtenidos de pacientes en muerte encefálica, son órganos sanos y libres de isquemia, puesto que hasta el momento de la extracción, el paciente sigue conectado al soporte vital, lo cual permite mantenerlos oxigenados y perfundidos aunque su portante haya sido certificado como cadáver.

De aquí surge el problema, puesto que ya desde el inicio de la técnica de trasplantes, se vincula el concepto de *muerte cerebral* a la donación, quedando establecida de manera implícita la *regla del donante cadáver*, es decir, todo donante de órganos debe haber sido diagnosticado de muerte anteriormente a la extracción, con el fin de evitar el miedo a la vivisección y el riesgo de instrumentalización de pacientes moribundos.

Desde la filosofía se ha intentado definir la muerte de manera que encaje la obtención de órganos vivos y sanos con la condición de cadáver de su donante, lo cual, genera no pocos problemas de conceptualización que tienen su reflejo tanto en la práctica médica como en el ámbito jurídico, puesto que hasta ahora y a lo largo de la historia, siempre se ha ligado la certificación de la muerte con el paro cardíaco irreversible y el inicio de la necrosis.

De este modo, se ha expuesto tanto el inicio del problema como las diferentes soluciones empleadas no solamente para definir la muerte, sino también para que dicha definición implique la donación del máximo número posible de órganos con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes que cada vez engrosan más la lista de espera para trasplante.

Mi propuesta se ha presentado como la más simple y la más fiel a la realidad ontológica del moribundo con el fin de evitar lo que se ha querido exponer con la metáfora de la cuadratura del círculo, es decir, si se abandona la *regla del donante cadáver*, se evitan todos los problemas conceptuales de concebir la muerte con los signos que tradicionalmente se han considerado vitales, tales como el latido o la respiración. Además, con ello no se exige un cambio en las técnicas de explante ni en la *praxis*, simplemente se requiere la aceptación de que los donantes, tanto cerebrales como en asistolia, no están muertos sino que son moribundos.

Respecto a la legislación, se evitaría emplear una ficción jurídica que casi todo el mundo acepta y sabe que lo es, y se debería

exigir un consentimiento explícito e informado que asegurase la libertad y la no instrumentalización de los donantes, sea cual fuere su condición.



BIBLIOGRAFÍA

- Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death (1968). A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *Jama*, 205(6), 337-340.
- Allen, C. M. (1993). Conscious but paralysed: releasing the locked-in. *Lancet*, 342(8864), 130-31.
- Anand KJS y Hickey PR. (1987). Pain and its effects in the human with anencephaly. *NEJM* 317, 1321-29.
- Arnold R. (28 de febrero de 1996). *Non-heart-beating cadavers and the definition of death*. Second International Symposium on Brain Death. La Habana, Cuba.
- Arnold RM y Youngner SJ. (1993). Back to the future: Obtaining organs from non-heart-beating cadavers. *Kennedy Inst Ethics*, 3(2), 103-11.
- Arnold, R. M. y Youngner, S. J. (1993). The dead donor rule: should we stretch it, bend it, or abandon it? *Kennedy Inst Ethics J*, 3(2), 263-78.
- Arnold RM, Youngner SJ, Schapiro R y Spicer CM, (Ed). (1995). *Procuring organs for transplant: the debate over Non-Heart-Beating protocols*. John Hopkins University Press.
- Bagheri, A. (2007). Individual choice in the definition of death. *J Med Ethics*, 33(3), 146-149.
- Bartlett E. T y Youngner S. J. (1988). Human Death and Destruction of Neocortex. En R. Zaner (Ed.), *Death: Beyond the Whole Brain Criteria*. Kluwer Academic Publishers.
- Beecher HK y Dorr HI. (1971). The new definition of death. Some opposing views. *Int J Clin Pharmacol*, 5, 120-4.
- Bernat JL, Culver CM y Gert B. (1981). On the definition and criterion of death. *Ann Intern Med*, 94, 389-94.
- Bernat JL. (1984). The definition, criterion, and statute of death. *Seminars in Neurology*, 4, 45-51.
- Bernat JL. (1992). How much of the brain must die in brain death? *J Clin Ethics*, 3(1), 21-8.
- Bernat JL. (2013). Determining Death in Uncontrolled DCDD Organ Donors. *The Hastings Centerreport*, 43(1), 30-3.
- Blackstone, W. (2015). *Commentaries on the Laws of England*. In *Four Books*. Palala Press.
- Bossi, L. (2008). *Historia natural del alma*. A. Machado Libros.
- Bossi, L. (2017). *Las fronteras de la muerte*. Fondo de Cultura Económica.
- Botkin, J. R. y Post, S. G. (1992). Confusion in the determination of death: distinguishing philosophy from physiology. *Perspect Biol Med*, 36 (1), 129-138.
- Brierley JB, Adams JH, Graham DI y Simpson JA. (1971). Neocortical death after cardiac arrest. A clinical, neurophysiological, and neuropathological report of two cases. *Lancet*, 2, 560-5.
- Bowring, J. (Ed). (1843). *The Works of Jeremy Bentham*. William Tait. (Reimpreso en Nueva York en 1962), vol. 5.
- Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos*. Gedisa.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

- Capron AM. (1978). Legal definition of death. *Ann NY Acad Sci*, 315, 349-59.
- Capron AM. (1987). Anencephalic donors: Separate the dead from the dying. *Hastings Cent Rep*, 17(1), 5-9.
- Capron AM. (1995). Legal issues in pronouncing death. *Encyclopedia of Bioethics*, 1, 534-40.
- Catherwood JF. (1992). Rosencratz and Guildenstern are 'dead'? *J Med Ethics*, 18(1), 34- 9.
- Chiong, W. (2005). Brain death without definitions. *Hastings Cent Rep*, 35 (6), 20-30.
- Cranford RE y Smith DR. (1987). Consciousness: the most critical moral (constitutional) standard for human personhood. *Am J Law Med*, 13(2-3), 233-48.
- Cranford RE. (1988). The persistent vegetative state: The medical reality (getting the facts straight). *Hastings Cent Rep*, 18(1), 27-32.
- Cranford RE. (1995). Criteria for death. *Encyclopedia of Bioethics*, 1, 529-34.
- Cranford RE. (1998). Even the dead are not terminally ill anymore. *Neurology*, 51, 1530-1.
- Cranston, R. E., Rockoff, M. A., Thompson, J. E., Larson, M. D., Gray, A. T., Truog, R. D., Robinson, W. M., Broyde, M. J., Wijidicks, E. F. M. y Capron. A. M. (2001). The diagnosis of Brain Death. *NEJM*, 345, 616-18.
- Collins, Paul. (2007). George Poe's cure for Death. *New Scientist*, 193(2586), 50.
- Culver, C. M. y Gert, B. (1982). *Philosophy and Medicine: Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*. Oxford University Press Inc.
- Engelhardt, T. H. (1988). Medicine and the concept of person. En Goodman, MF (ed.), *What is a person?* (pp. 169-184). The Humana Press Inc.
- Engelhardt H. T. (1989). Brain life, brain death, fetal parts. *J Med Philos*, 14, 1-3.
- Engelhardt, T. H., (1995). *Los fundamentos de la bioética*. Paidós.
- Eslava Gómez, E. (2000). *Muerte encefálica y trasplantes* [Tesis Doctoral]. Universidad de Navarra.
- Feifel, H. (1977). *New Meanings of Death*. McGraw-Hill Companies.
- Fernández del Riesgo, M. (2007). *Antropología de la muerte*. Síntesis.
- Fox, R. C. (1993). An Ignoble Form of Cannibalism: Reflections on the Pittsburgh Protocol for Procuring Organs from Non-heart-beating Cadavers. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 3(2): 231-239.
- Fuller, L. L. (1967). *Legal Fictions*. Stanford University Press.
- Gervais, K. G. (1988). *Redefining Death*. Yale University Press.
- Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2021). *Código Civil*. Editorial Boletín Oficial del Estado.
- Harris, J. (1985). *The value of life*. Routledge.
- Harrison M. R. (1986). The anencephalic newborn as organ donor. *Hastings Cent Rep*, 16(2), 21-2.
- Hoerster N. (1995). *Abtreibung im säkularen Staat*. Suhrkamp Verlag AG.
- Jonas, H. (1980). *Philosophical Essays: from ancient creed to technological man*. Cambridge University Press.
- Keely, G. C., McGill Gorsuch, A., McCabe, J. M., Wood, W. H., Deacon, J. C., King Hill, JR., M., Pierce, W. J. Y. Langrock, P. F. (1980). *Uniform Determination of Death Act*. National Conference of Commissioners on Uniform State Laws.
- Kuhn, T. S. (1981). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.
- Lamb D. (1985). *Death, Brain Death and Ethics*. State University of New York Press.
- Lamb D. (1990). Wanting it both ways. *J Med Ethics*, 16(1), 8-9.
- Lamb D. (1992). Reversibility and death: a reply to David J Cole. *J Med Ethics*, 18(1), 31-3.
- Lamb D. (1993). Organ transplants, death, and policies for procurement. *The Monist*, 76(2), 203- 21.
- Lázaro Blázquez, D. (2021). *Muerte encefálica. Aclaraciones médicas, históricas y éticas*. EUNSA: Pamplona.
- Ley sobre el Registro civil de 1957. 8 de junio de 1957. BOE No. 151.
- Ley 30 de 1979. Sobre extracción y trasplante de órganos. 27 de octubre de 1979. BOE No. 266.
- Ley Orgánica 3 de 2021. De regulación de la eutanasia. 24 de marzo de 2021. BOE No. 72.
- Lock, M. (2002). *Twice Dead. Organ transplants and the reinvention of death*. University of California Press.
- London, J. (1899). *A Thousand Deaths*. Black Cat Magazine.
- Machado, C. (1996). La muerte en el ser humano: una nueva definición. *Cuadernos de Bioética*, 78(26), 179-190.
- Maguire A. (2019). Towards a holistic definition of death: the biological, philosophical and social deficiencies of brain stem death criteria. *The New Bioethics*, 25(2), 172-84.
- Massachusetts Medical Society (1990). The infant with anencephaly. Medical Task Force on anencephaly. *NEJM*, 322, 669-674.
- Mollaret P, Goulon M. (1959). Le coma dépassé (mémoire préliminaire). *Rev Neurol (Paris)*, 101, 3-15.
- Orden SND/272 de 2020. Por la que se establecen medidas excepcionales para expedir la licencia de enterramiento y el destino final de los cadáveres ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. 21 de marzo de 2020. BOE No. 79.
- Organización Nacional de Trasplantes. (2012). Donación en asistolia en España: Situación actual y recomendaciones. Documento de Consenso Nacional.
- Organización Nacional de Trasplantes. (2018). Programa Marco de Calidad y Seguridad. Proceso de extracción y preservación en Donantes en Muerte Encefálica. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Organización Nacional de Trasplantes. (2018). Plan estratégico en donación y trasplante de órganos 1028-2022. Sistema español de donación y trasplante. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Ortúzar de, M. G. (1996). La definición de muerte desde las perspectivas filosóficas de Bernard Gert y Daniel Wikler. *Revista de Filosofía y Teoría Política*, 31, 112-124.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

- Parra Jounou, I. (2019). *Un velalsulls. Anàlisi contextual de les desestructuracions simbòliques de la mort en les societats europees*. Universitat Pompeu Fabra.
- Pérez Pérez, R. M. (2013). *Tanatología Forense*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Platón (1983). *Fedón*. Orbis.
- Plum, F. y Posner, J. B. (1983). *The diagnosis of stupor and coma*. FA Davis.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1981). Guidelines for the determination of death. Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Jama*, 246 (19), 2184-86.
- Putnam, H. (1988). *Razón, verdad e historia*. Tecnos.
- Putnam, H. (2004). *El desplome de la dicotomía hecho-valor y otros ensayos*. Paidós.
- Quiles, R. (2018). El diagnóstico de muerte. La prueba de fuego en la práctica médica. Errores y mucho por aprender. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 29. 13-45.
- Real Academia Española. (s. m. Med.). Síndrome. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 12 de mayo de 2022, de <https://dle.rae.es/s%C3%ADndrome>.
- Real Decreto 2070 de 1999. Por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. 30 de diciembre de 1999. BOE No. 3.
- Real Decreto 1723 de 2012. Por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. 28 de diciembre de 2006. BOE No. 313.
- Robertson, J.(1988). Relaxing the death standard for organ donation. En D. Mathieu (Ed). *Organ Substitution Technology: Ethical, Legal and Public Policy Issues*. Routledge.
- Rodríguez-Arias Vailhen, D. y Molina Pérez, A. (2007). Pluralismo en torno al significado de la muerte cerebral y/o revisión de la regla del donante fallecido. *Revista Laguna*, 21, 65-80.
- Rodríguez-Arias Vailhen, D. (2008). *Muerte cerebral y trasplantes de órganos. Aspectos internacionales y éticos* [Tesis Doctoral]. Universidad de Salamanca.
- Rodríguez-Arias Vailhen, D. (2011). Una cuestión de vida o muerte: la extracción de órganos como problema bio-ético. *Revista Filosofía Universidad Costa Rica*, L (127.128), 103-118.
- Rodríguez-Arias Vailhen, D. (2013). Ni vivo ni muerto, sino todo lo contrario. Reflexiones sobre la muerte cerebral. *Arbor*, 189(763), a067.
- Rodríguez del Pozo P. (1993). La determinación de la muerte: historia de una incertidumbre. *Jano*, 44, 71-7.
- Rodríguez del Pozo P. (1993). Concepto de muerte y conceptos de muerte. *Jano*, 44, 80-3.
- Rodríguez del Pozo P. (1993). La muerte cerebral: ¿diagnóstico o pronóstico? *Jano*, 44, 85-92.
- Rodríguez del Pozo P. (1993). La muerte cerebral como pronóstico: problemas morales y jurídicos. *Jano*, 44, 97-102.
- Rosebaum, S. (1999). Ethical conflicts. *Anesthesiology*, 91, 3-4.
- Rubenstein A. (2009). What and When Is Death? *The New Atlantis*, 24, 29-45.
- Saborido, C. (2020). *Filosofía de la Medicina*. Tecnos: Madrid.
- Schumacher, B. N. (2018). *Muerte y mortalidad en la filosofía contemporánea*. Herder: Barcelona.
- Searle, J. R. (1998). *La construcción de la realidad social*. Paidós.
- Servicio Galego de Saúde (2007). Protocolo de donación y extracción multiorgánica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
- Shah SK, Truog RD y Miller FG. (2011). Death and legal fictions. *Journal of Medical Ethics*, 37, 719-722.
- Shaner, D.M., Orr, R.D., Drought, T., Miller, R.B. y Siegel, M. (2004). Really, most SINCERELY dead: Policy and procedure in the diagnosis of death by neurologic criteria. *Neurology*, 62, 1663-86.
- Shewmon, D.A. (1985). The Metaphysics of Brain Death, Persistent Vegetative State and Dementia. *The Thomist*, 49 (1), 24-80.
- Shewmon, D.A. (1988). Anencephaly: Selected medical aspects. *Hastings Cent Rep*, 18(5), 11-9.
- Shewmon, D.A. (1998). Chronic "brain death". Meta-analysis and conceptual consequences. *Neurology*, 51, 1538-45.
- Shewmon, A. D. (2001). The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating "brain death" with death. *J Med Philos*, 26(5), pp 457-78.
- Singer P. (1983). Sanctity of life or quality of life? *Pediatrics*, 72, 128-9.
- Singer, P. (1995). *Ética práctica*. Cambridge University Press.
- Singer, P. (1997). *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional (Transiciones)*. Paidós.
- Taylor RM. (1997). Reexamining the definition and criteria of death. *Seminars Neurology*, 17(3), 265-70.
- Truog RD y Fackler JC. (1992). Rethinking brain death. *Crit Care Med*, 20(12), 1705-13.
- Truog RD. (1997). Is it time to abandon brain death? *Hastings Cent Rep*, 27, 29-37.
- Truog RD y Fackler JC. (1999). It is reasonable to reject the diagnosis of brain death. *J Clin Ethics*, 3, 80-1.
- Truog, RD. (2007). Brain Death-Too Flawed to Endure, Too Ingrained to abandon. *J. Laww Med Ethics*, 35, 273-81
- Truog, RD, Miller FG. (2008). The Dead Donor Rule and Organ Transplantation. *New England Journal Medical*, 359, 674-75.
- Van Norman, GA. (1999). An incorrect application of accepted criteria: matter of life and death. *Anesthesiology*, 91, 275-87.
- Veatch, R. M. (1975). The Whole-Brain-Oriented Concept of Death: An Outmoded Philosophical Formulation. *Journal of Thanatology*, 3, 13-30.
- Veatch, R. M. (1999). The conscience clause: how much individual choice in defining death can our society tolerate? En S. J. Youngner, R. Arnold and R. Schapiro, *The definition of death: contemporary controversies*. The Johns Hopkins University Press.

PRIMER PREMIO: ¿Puede respirar un cadáver? El problema filosófico de la conceptualización de la muerte ante los avances médicos de la cirugía de trasplante

- Villar-García, S., Martín-López, C.E., Pérez-Redondo, M., Hernández-Pérez, F.J., Martínez-López, D., de Villarreal-Soto J., Ríos-Rosado, E.C., Vera-Puente, B., Ospina-Mosquera, V.M., Serrano-Fiz, S. y Forteza-Gil, A. (2022). Donación en asistolia controlada: cómo iniciar un programa. *Cirugía Cardiovascular*, 653, 1-6.
- Wijdicks, E. F. (2002). Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology*, 58(1), 20-5.
- Wilkinson, D. y Savulescu, J. (2012). Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation. *Bioethics*. 1, 32-48.
- Wulff, H. R., Pedersen, S. A. y Rosenberg R. (2002). *Introducción a la filosofía de la medicina*. Triacastela: Madrid.
- Youngner, J., Arnold, R.M., Schapiro, R. eds. (1999). *The definition of the death: contemporary controversies*. Johns Hopkins University Press.
- Youngner, S. J. y Arnold, R. M. (2001). Philosophical debates about the definition of death: who cares? *J Med Philos*, 26 (5), 527-37.

www.solofici.org



SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism



Juan Ignacio Hernández Gutiérrez

Director: Manuel de Pinedo García
Máster universitario en Lógica y Filosofía de la Ciencia (Uva)

Abstract

Sceptical concerns baffle us because they go against the widespread conviction that we must have a great deal of knowledge of our world. Nevertheless, in a society that is growing more polarised by the minute—where misinformation and partisanship lurk everywhere and are amplified in echo chambers—taking a sceptical way of thinking based on the justified suspension of judgement may be reasonable. Accordingly, this master's thesis is a bet in favour of a sceptical attitude. The essay aims to ground Pyrrhonian scepticism from an analytic philosophy standpoint. To this end, Pyrrho's best-known argument is reconstructed into a theory for scepticism based on a modal realist framework and the Wittgensteinian notion of hinge propositions. As a result, a novel account of Pyrrhonian scepticism—which could be called “Analytic Pyrrhonism”—is offered. Notwithstanding the proposed scope of research, the grounds and conclusions of this essay might also be compatible with the sceptical principles and goals of Ancient Pyrrhonism.

Keywords: Pyrrho, scepticism, modal realism, hinge propositions.

Breve Resumen

Las preocupaciones escépticas nos desconciertan porque van en contra de la convicción generalizada de que tenemos un amplio conocimiento de nuestro mundo. Sin embargo, en una sociedad cada vez más polarizada—donde la desinformación y el partidismo acechan en cada esquina y son amplificadas en cámaras de resonancia—, adoptar una forma de pensar escéptica basada en la suspensión de juicio justificada puede ser razonable. En consonancia, este trabajo de fin de máster es una apuesta a favor de una actitud escéptica. El presente ensayo tiene por objeto sustentar el escepticismo pirrónico desde una perspectiva afín a la filosofía analítica contemporánea. Para ello, los argumentos más conocidos de Pirrón se reconstruyen en una teoría para el escepticismo, con base en un postura realista modal y la noción Wittgensteiniana de proposiciones bisagra. Como resultado, se ofrece un planteamiento novedoso del escepticismo pirrónico—al que bien podríamos denominar “pirronismo analítico”. A pesar del ámbito de investigación propuesto, la posición escéptica descrita en este ensayo es también compatible con los principios y objetivos del pirronismo antiguo.

I. Introduction



What do I know? Possibly, nothing much. It is tempting to say that it is possible that we all do not know pretty much about anything—if indeed we know anything at all. Furthermore, most of our beliefs may never amount to anything more than that: They are simply beliefs. Of course, it is also possible to hold the opposite, more optimistic views: We know more than a lot—or at least enough—and beliefs can become knowledge somehow—even if by mere luck. Thus, several philosophers might even consider it absurd to doubt that we have all kinds of everyday knowledge in abundance (Lewis 1996, 549).

Holding dearly to those “optimistic” beliefs about the possibility of knowledge has sustained the ongoing epistemological project throughout the ebb and flow of philosophy from Antiquity to our days. However, in a world that is becoming increasingly polarised by the minute—where fake news, conspiracy theories, partisanship, fanaticism and ideological entrenching lurk around every corner and are amplified indiscriminately in echo chambers—reconsidering the worth of a pessimistic or sceptical way of thinking based on a justified suspension of judgement may not be completely preposterous¹. Scepticism, nonetheless, remains an unpopular philosophical stance. After all, it questions our whole conception of knowledge, foregrounding our insecurities and uncertainties. Hence, philosophers and laypeople have persistently conceived scepticism as a philosophical thorn-in-the-side or, at best, as a pessimistic view that—albeit untenable and self-destructive, both logically and practically—has some philosophical use serving as an epistemological sparring device.

Accordingly, since the dawn of modernity, scepticism has not been taken very seriously as a philosophical theory. Philosophers like Descartes and Moore have approached sceptical arguments as obstacles we must overcome to solve particular philosophical problems. And nowadays, scepticism is mainly a position assumed to be false, the only related question being on what grounds to conclude that it is mistaken. Alas, the notion of a systematic sceptical stance is hardly considered or entertained in contemporary philosophy.

Nonetheless, sceptical inquietudes have accompanied humanity's philosophical journey throughout history. They have been present in a wide range of cultures since Antiquity: Chinese sages, Nahuatl poets, Islamic and Indian scholars and, of course, Greek philosophers have entertained, fostered and followed sceptical attitudes. In some well-known instances,

1. It is essential to distinguish a sceptical position based on the suspension of judgement—which by definition abstains from asserting something as being the case—from the mere act of disbelieving or negating something—which, on the contrary, holds a claim to determine the truth.



SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

philosophers—such as the Hellenistic sceptics and Montaigne—put forth sceptical arguments because they conceived scepticism as a philosophical stance that is genuinely rational—possibly unavoidable, and even therapeutic—and that was in some way able to lead us towards some version of a contented life. And even those philosophers who might have an ambiguous relationship to scepticism, like Wittgenstein, in trying to remain neutral in the face of sceptical temptations, more often than not, ended up articulating sceptical arguments anew. That might as well be the case of Kripke's (1982) interpretation of some of Wittgenstein's thoughts as raising a sceptical challenge to individual rule-following and, as a result, to the notion of meaning itself².

Given how formal epistemology uses sceptical arguments, it is unsurprising that the locus for philosophical discussion on scepticism has orbited around its so-called radical varieties: Cartesian and Pyrrhonian—both of which lack the support of anything like a proper philosophical theory. The former consists of advancing sceptical hypotheses bearing on universal doubt—as the one Descartes wielded in his *Meditations*. This might lead to the conclusion that we cannot be sure of our beliefs. The latter, instead, focuses mainly on dialectical techniques that aim to counter the grounds offered in justification of any belief, thus, concluding that one ought to be sceptical about most—if not all—opinions since none of them appears to be more reasonable than its denial.

However, in this light, philosophical scepticism perhaps does not deserve to be taken more seriously than it already is. This could be the case, as long as scepticism is construed merely as a compendium of daring hypothetical scenarios and epistemological testing techniques. But, if scepticism is to be taken seriously, then it requires a systematic effort to develop it into a formal theory that goes beyond the mere deployment of Cartesian hypothesis and Pyrrhonian modes and that, at the same time, justifies the deployment of such intellectual instruments. Such a systematic effort should elaborate on what Cavell identified as the fundamental insight of the sceptic: “certainty is not enough” (2015, 238). And pursuing that insight will be the primary goal of this essay.

Be as it may, Pyrrhonism—in its Sextan version—has gained notoriety in contemporary philosophy for being as close as possible to a systematic philosophical stance. Discussions regarding its plausibility, intellectual scope, ethical implications and consequences for everyday life have gained and lost momentum during the last forty years³. Unsurprisingly, the debate

among philologists and philosophers has also extended to the content and rationale of Pyrrho's ideas. But discussions on this topic have focused primarily on whether and to what extent Pyrrho himself was a sceptic in the Pyrrhonian way as understood by Hellenistic and contemporary scholars. This is not the case in the present work.

A serious sceptic must accept a burden of proof and provide some theoretical ground from which he makes his stand. So, instead of merely offering another interpretation of Pyrrho's philosophy, in this paper, I will attempt to reconstruct and build upon the scarce ideas that are nowadays attributed to Pyrrho with the explicit purpose of outlining a theoretical background for scepticism that can coexist agreeably with other tenets of contemporary analytic philosophy. To this end, I will not assume in advance that Pyrrho's views are related in any particular way to the Pyrrhonism of Sextus Empiricus. Rather, I will offer an “Analytical” account of Pyrrhonism—distinct from the Sextan tradition, though not entirely incompatible with it—consisting of a sceptical theory akin to Pyrrho's thoughts and conclusions that will be based on a modal realist framework and the Wittgensteinian notion of “hinge propositions.”

With such a purpose in mind, this thesis is organised as follows. Evidence of Pyrrho's sceptical thinking will be surveyed in §III. Afterwards, §V presents a possible reconstruction of a Sceptic argument based on Pyrrho's sceptical tenets. §IV and §VI comprise the analytic conceptual framework supporting the Pyrrhonian theory offered in this work. The former explores the notion of possible worlds and the modal realist thesis. The latter delves into the possibility of employing “hinge propositions” as the sceptic's practical criterion in ordinary life. Lastly, §VII wraps up this essay with some concluding remarks. As a starting point, however, I will sketch some points of interest regarding Pyrrhonian scepticism and its theoretical background in the next section.

II. Pyrrhonism without Theory

Scepticism has played a central part in our philosophical progress. But, except for a few philosophers who showed some sympathy toward sceptical arguments⁴, scepticism has hardly received any serious consideration as a viable theoretical option during the development of contemporary analytic philosophy. Within contemporary philosophy practices, sceptical attitudes seem to serve mainly, if not solely, as an epistemological lever. But this is not a new development. From the Renaissance onwards, the philosophical aim of sceptical thinking has been used, for the most part, to test the conditions advanced by any given theorist as legitimate requirements that must be satisfied by a would-be knower to know something indeed. After all, that is how Descartes employed sceptical thinking at the dawn of the modern philosophical tradition in his quest to ground philosophy on a new rational foundation of basic knowledge (Cooper 2012, 277).



2. In short, according to Kripke's reading of Wittgenstein, there is a sceptical challenge to meaning that arises from the possibility that every previous usage of a word is compatible with different ascriptions of meaning. In this sense, there are different semantic rules that one can say to be following while employing the same term at different times. Hence, the multiple uses of the word made to date do not fix what is meant, and neither would verbal elaborations help since they would also be subject to the same questioning.

3. Arguably, the influential papers by Frede (1979), Burnyeat (1980) and Barnes (1982) kicked off a renewed interest in philosophical analyses of Ancient Pyrrhonism.

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

Nowadays, scepticism—besides being a historical curiosity—occupies mainly an instrumental role in philosophy: For most philosophers, sceptical arguments only help us enhance—and, if possible, foolproof—our epistemological theories. Consequently, philosophers continue to construe scepticism mainly from the outside with the sole purpose of refuting it—or, at the very least, finding some suitable epistemological accommodation to it. In other words, contemporary philosophers conceive sceptical arguments only as practical tests framed in terms of a paradox. In this way, philosophy can intellectually benefit from sceptical challenges without conceding plausibility to the existence of real-life sceptics (Wright 1991, 89). And thus, the “sceptic” is magically transformed into a mere intellectual construct, the product of our realisation that some beliefs that shape our conception of knowledge are inconsistent (Pritchard 2005, 192).

It is possible, however, that philosophy—or, more accurately, philosophers—tends to misrepresent our reality as well as that of others (Diamond 2003, 11). This is likely the case for our sceptical concerns. Cavell, for instance, entertained the idea that scepticism was rooted in an attempt to convert the human condition—wonder before the uncertain and the unknown—into a riddle, a mere intellectual challenge (1979, 493). If that is the case, then the sceptic’s approach to our reality appears to be deflected from it and the truth. But, as Diamond points out, the philosophical understanding of the sceptic’s thought is deflected further still as philosophers think and rethink it while ignoring the fundamental insight of the sceptic by considering it as yet another intellectual difficulty (2003, 18-9).

Arguably then, if Pyrrhonian scepticism has become somewhat of a fashionable object of interest for contemporary philosophy, it is not because most scholars think of it as a viable philosophical theory. Instead, their prevailing interest in Pyrrhonism stems from the possibility that there seem to be some intriguing arguments in its favour, the responses to which might strengthen contemporary epistemological theories. We could thus say that the current interest in scepticism is fundamentally theoretical, whereas, in stark contrast, Ancient scepticism—mainly Sextan Pyrrhonism, but also otherwise—was explored and nurtured by philosophers who intended their lives to be reflective of their philosophy (Cooper 2012, §5.5-5.7).

So what did the Ancient Sextan Pyrrhonism consist of? The answer is relatively simple. According to Sextus:

Scepticism is an ability to set out oppositions among things which appear and are thought of in any way at all, an ability by which, because of the equal force of the opposed objects and accounts, we come first to suspension of judgment and afterwards to tranquillity (PH I.8).

4. Including those philosophers that Williams has labelled as “new sceptics” (1991, chapter 1)—such as Nagel (1986), Stroud (1984) and Unger (1971; 1975).



In sum, a Pyrrhonian sceptic—in the Sextan sense—appears to be someone who has a very particular skill set. Sextus’s sceptic must be able to find, for any specific proposition P, both an argument in favour of it and an equally convincing argument against it. As a result, the equal force of the opposing arguments leads the Sextan Pyrrhonist to a suspension of judgement about P. Once a sceptic suspends judgement, he or she can suddenly and fortuitously gain tranquillity of mind and moderation of suffering regarding things forced upon us—the goals which the would-be sceptic sought after from the very beginning (PH I.25-6).

Sextan Pyrrhonism is not a regular philosophical theory, nonetheless. As a philosophical system, it limits itself mainly to expound on a method for applying—in dispute or reflection—a set of dialectical tools called “modes.” However, we could expect that if scepticism is to be a systematic philosophical stance, in addition to a practical or prescriptive component, it would comprise a theoretical component offering acceptable grounds or reasons (Striker 1980, 54). Nevertheless, in the case of Sextan scepticism, this does not seem to be the case. Sextus’s Pyrrhonist can suspend judgment on all questions, including whether there are reasons to pursue the prescribed method or whether knowledge is possible in the first instance. This condition, in turn, seems to preclude Sextan Pyrrhonism from having any theoretical basis (Williams 1988, 549)⁵.

Now, if practice and not theory is primary to scepticism, it would be understandable that Sextus avoided grounding the Pyrrhonian method on a theoretical basis. From his perspective, Pyrrhonism stresses the primacy of technique, so “becoming a sceptic depends on acquiring an ability, not on proving or even assenting to a thesis” (Williams, 554). But, if that is the case, Pyrrhonian scepticism cannot arguably be systematised or formalised into a philosophical theory (Williams 1988, 556). Moreover, Sextan scepticism would not be meant for everyone. Instead, it is reserved only for those rare “men of talent” who are 1) capable of coming up with equipollent oppositions, and 2) interested in inquiring “what in things is true and what false, thinking that by deciding these issues they would become tranquil” (PH I.12).

Since 1562—when the first known Latin translation of *Outlines of Pyrrhonism* was published—Sextus’s Pyrrhonism has offered philosophers the most systematic sceptical position available⁶. Exposure to it played no small part in shaping the ideas of figures such as Montaigne and Descartes. Nonetheless, Sextan Pyrrhonism seems to be predominantly a practical movement justified by teleological reasons—i.e., achieving tranquillity. Moreover, it not only seems to lack an explicit

5. Nevertheless, it could be argued that “the various ‘Modes of Suspension’ look like a more or less systematic working through of [very general epistemological] arguments” in favour of sceptical conclusions (Williams 1988, 550).

6. Notwithstanding, general sceptical arguments remained a part of philosophy throughout the Middle Ages, and long-available ancient authors, such as Cicero and Augustine, preserved some accounts of the sceptical positions from Antiquity, especially those of the New Academy.

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

theoretical background but also to be exclusively reserved for those curious individuals who have the knack for mastering a particular set of abilities.

However, this does not have to be the case: Pyrrhonian scepticism can become a more appealing and accessible—or “democratic”—philosophical stance if the proper theoretical framework is provided to support its practical method and goals. And perhaps, the right place to look for the most suitable theoretical component for Pyrrhonian scepticism would be its philosophical forefather’s ideas. This possibility will be explored hereafter.

III. Pyrrho’s Possible Words



Pyrrhonian scepticism took its name from Pyrrho of Elis, a philosopher of ancient Greece who became the adopted figurehead of later Pyrrhonian tradition thanks to Aenesidemus⁷. Although Pyrrho did not leave any writings of his own, his reputation was preserved and promoted in a few reports by Timon—who was Pyrrho’s pupil.

Even though Pyrrho is considered the forerunner of a particular philosophical movement, none of the advocates of the -called Pyrrhonian scepticism seemed interested in reconstructing Pyrrho’s philosophical thought. For instance, in *Outlines of Pyrrhonism*, Sextus mentions Pyrrho only once, heedfully referring to him as a role model for living according to the sceptical precepts. According to Sextus, “Pyrrho appears to us to have attached himself to Scepticism more systematically and conspicuously than anyone before him” (PH I.7). Therefore, one should be cautious in concluding that Pyrrho’s philosophical dispositions were identical to those of the posterior sceptical movements purportedly inspired by his thoughts and deeds.

However, the seeming indifference towards the possible structure of Pyrrho’s philosophical system is quite understandable. Surprisingly little is known about Pyrrho’s life and even less about his philosophical viewpoints. Since the man himself did not leave any written record of his ideas, the most significant source of Pyrrho’s philosophical perspective, according to the academic consensus, is a paragraph from Aristocles’s *On Philosophy*—which has been preserved in Eusebius’s *Praeparatio Evangelica*⁸. Following Perin (2018) and Bett (1994), a more or less neutral translation of Aristocles’s passage would be:



It is necessary above all to consider our own knowledge; for if it is our nature to know nothing, there is no need to inquire any further into things. There were some among the ancients, too, who made this statement, whom Aristotle has argued against. Pyrrho of Elis was also a powerful advocate of such a position.

7. Long and Sedley (1987 vol.I, 468-69) provide examples of Aenesidemus’s allusions to Pyrrho.

8. The Greek text might be found in Long and Sedley (1987 vol.II, 5 text F).

He himself has left nothing in writing; his pupil Timon, however, says that the person who is to be happy must look to these three points: first, what are things [*pragmata*] like by nature? Second, in what way ought we to be disposed toward them? And, finally, what will be the result for those who are so disposed?

[α] He [Timon] says that he [Pyrrho] reveals that things are equally indifferent and unmeasurable and undecidable [indeterminate];

[β] for this reason neither our sensations nor our opinions tell the truth or lie.

[χ] For this reason, then, we should not trust them, but should be without opinions and without inclinations and without wavering, saying about each single thing that it no more is than is not, or [that it] both is and is not, or [that it] neither is nor is not⁹.

[δ] Timon says that the result for those who are so disposed will be first speechlessness, but then tranquility or freedom from worry; and Aenesidemus says pleasure. These, then, are the main points of what they say.

As is the case with almost every topic in philosophy, the passage above is not exempt from controversy¹⁰. Given the lack of additional sources, most scholars have assumed that the contents of Aristocles’s passage are accurate—for otherwise, any hint of Pyrrho’s philosophy would be entirely lost to us. But, even under such an assumption, different exegetical issues remain. Perhaps the most fundamental of these problems resides in determining how to interpret [α]—which is taken to embody Pyrrho’s answer to the question: “What are things [*pragmata*] like by nature?”. From this point of view, fragment [α] seemingly stands as the central premise of the whole argument contained in Aristocles’s passage and, hence, [β] and the subsequent inferences would follow from it.

Among the scholarly literature, there are two interpretative options concerning [α] and its inferential relationship with [β]: the metaphysical and the epistemic readings. According to the metaphysical or objective interpretation, Pyrrho claims without hesitation that reality has, in itself, “no definite character” (Bett 1994, 153; 2000, 20). Thus, in this reading, Pyrrho is said to hold a substantial belief about the nature of things—

9. According to Bett, the more popular interpretation is that the three expressions are three distinct and independent options (1994, 159). Nevertheless, it is also possible to find alternative interpretations (Stopper 1983, 272-4; Bett 1994, 160-2).

10. To begin with, as Stopper (1983, 272) and Perin (2018, 24) have pointed out, it is hard to tell which elements of the passage originate from Aristocles, which from Timon, and what, if anything, corresponds to Pyrrho’s thought. Few authors believe Aristocles quotes directly from Timon, but many take his paraphrase of Timon to be mostly accurate.



SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

namely, that they are by nature “indeterminate” insofar as they have no defined features or properties. By contrast, on the epistemic interpretation—called subjective as well—, Pyrrho’s central tenet is that things are only indeterminate or undecidable to us—that is, we cannot determine or decide—and thus are not able to know—what things are really like (Stopper 1983, 275, 292-93; Brennan 1998 417-18, 425; Castagnoli 2002, 447). According to this view, Pyrrho would be limiting himself to the claim that we cannot know what things are really like because we do not have reliable access to the way things are by nature.

As would be expected, both interpretations have weaknesses. On the one hand, the objective interpretation must deal with at least one serious objection. According to this reading, Pyrrho espoused a specific “dogmatic opinion” without any further logical warrant since no justification is provided for it in the text. But then, it is possible to argue that Pyrrho’s metaphysical argument appears to be self-defeating for, even if $[\alpha]$ is presumed to be true, one could not hold to it based solely on principle because $[\beta]$ states that all our opinions—including those about the nature of things—do not “tell the truth or lie.” The conclusion of Pyrrho’s metaphysical argument would seem to come back with a bite.

On the other hand, the subjective reading faces no less severe obstacles. Firstly, it also seems to make Pyrrho’s assertion self-refuting, similarly to its competitor: If we cannot know what things are like, then no one can neither know that things by nature are such that we cannot know what they are like (Perin 2018, 26). Moreover, as partisans of both interpretative options have agreed, most epistemic readings of $[\alpha]$ wreck the logic of the passage as we have it, rendering an argument from $[\alpha]$ to $[\beta]$ nonsensical if the text stays unaltered (Svavarsson 2004, 271).

Hence, most proponents of an epistemological reading have advocated modifying Aristocles’s text. The suggested emendation, due to Eduard Zeller back in 1905, reverses the direction of the inference between $[\alpha]$ and $[\beta]$ (Bett 1994, 141). That is, rather than deriving from the status of the *pragmata* the conclusion that our sensations and opinions do not tell the truth or lie, Pyrrho is said to posit a somewhat familiar sceptical argument: things are unknowable to us because neither our senses nor our reason are accurate or reliable (Stopper 1983, 293; Brennan 1998, 432).

Not all epistemic interpretations require amending the text, however. Brunschwig, for instance, has argued that the inference from $[\alpha]$ to $[\beta]$ is acceptable in a subjective way—albeit question-begging—if we assume that sensations and beliefs are themselves *pragmata* and thus fall within the scope of the first premise (1994, 199–202). Svavarsson (2004), in contrast, has made a case for a subjective interpretation arguing that Sextus’s arguments must be presumed to be a fuller version of Pyrrho’s stance. Accordingly, things can be said to be undecidable to us “on the grounds that nothing invariably appears in the same way” (Svavarsson 2004, 288).

Now, even though the exegetical manoeuvres around the extant evidence of Pyrrho’s thoughts have been barely scratched, it would be hard to deny that there is contention regarding the meaning and implications of every part of Aristocles’s passage. In any case, one question inevitably arises without further ado: Could Pyrrho indeed be a Pyrrhonist—that is, in the way we have come to understand that philosophical movement from the Sextan corpus? The more cogent answer seems to be in the negative. As purported in the epistemic reading, Pyrrho appears to belong to a different sceptical lineage than the one described in *Outlines of Scepticism*. He would hold that nothing can be known because the nature of things is cognitively inaccessible to us. And, according to the metaphysical reading, Pyrrho appears even less akin to Hellenistic Pyrrhonian scepticism since he would seem to hold dogmatically that things have no determinate properties. Be as it may, in both instances, Pyrrho appears to assume a distinct theoretical background to his argument. Thus, it might be the case that Pyrrhonism as we know it is, in fact, not grounded in Pyrrho’s philosophical theory at all.

And perhaps trying to interpret Aristocles’s passage to discover what was really in Pyrrho’s head and connect it to another ancient philosophical movement is futile. After all, the fact that a later sceptical tradition took Pyrrho as an inspiration is understandable no matter which of the two interpretations is presumed to be correct. According to $[\delta]$, Pyrrho’s philosophical stance is nothing but a promise of *ataraxia*—the Pyrrhonian golden fleece—based on the withdrawal from a life based solely on opinions and beliefs. Therefore, it is evident that a strong connection between Pyrrho’s ideas and those of any later Pyrrhonists exists.

That being said, instead of further adding to an unexciting and repetitive exegetical task, now I would like to pursue a different line of thought. Taking whatever evidence we have of Pyrrho’s alleged ideas mostly at face value—that is, Aristocles’s passage without any emendation—, in what follows, I will present one way in which those ideas can be reconstructed systematically into a sceptical theory—reminiscent of and more or less compatible with Ancient Pyrrhonism—that fits comfortably within contemporary analytic philosophy.




With this goal in mind, let my first restate what I take to be the core of Pyrrho’s argument:

- (A) Things [*pragmata*] are equally indifferent, unmeasurable and undecidable.
- (B) Therefore, neither our sensations nor our opinions tell the truth or lie.
- (C) For this reason, we should not assent to beliefs or opinions but suspend judgement (being without opinions and inclinations).
- (D) Then, we should not assert anything about any object, but limit so say that it no more is than is not, or [that it] both is and is not, or [that it] neither is nor is not.

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

Unfortunately, as I have already pointed out, the first premise appears to be an ungrounded metaphysical commitment. It could be easy and tempting to hold to it merely by faith—in some sort of dogmatic foundationalist manoeuvre. But that would be a very uninteresting and halfhearted job for one aiming to offer rational and reasonable grounds for a sceptical philosophy. Instead, I would like to find a theoretical way to support a premise similar to [A]—that, hopefully, the sceptic and the non-sceptic could find plausible. Therefore, the next section will introduce a conceptual framework that might serve as a philosophical ladder needed to achieve a Pyrrhonian theory.

IV. World(s) of Possibilities

 Pyrrho's argument, like any other sceptical argument, must face some severe self-refutation charges if it is to become a tenable philosophical theory. But, the odds seem dire: Could an aspiring sceptic say anything meaningful about reality—that it is undecidable, for instance—without asserting anything about how things are? Well, maybe. And “maybe” might be all the sceptic needs. Perhaps considering different possibilities is the best way to ground a sceptical theory properly. As Lewis pointed out, “logical space is a paradise for philosophers. We have only to believe in the vast realm of *possibilia*, and there we find what we need to advance our endeavours” (1986, 4).

And talking about possibilities is indeed a common practice in contemporary philosophy. Today, it is not easy to wander far in analytic philosophy without bumping into talk of *possibilia* or possible worlds. And the theoretical usage of possible worlds is not confined to metaphysical claims. References to possible worlds can be found as crucial theoretical elements in epistemology, ethics, decision theory, semantics and philosophy of mind (Berto and Jago 2019, 12).

But what are those possible worlds? Most of us believe that, ultimately, things could have turned out differently in various ways. Not only all of history could have played out differently, but also the present might have been distinct from what we experience: stars and planets, heroes and villains, the colour of your eyes and that of my shirt, and even the words you are reading right now could have been plenty different. Nevertheless, in every scenario we can conceive of—regardless of how things turned out—all those things would have been a part of a single, maximally inclusive, all-encompassing situation.

Therefore, intuitively, a possible world is a way all things could be (Lewis 1973, 84; Berto and Jago 2019, 11). But, as Kripke points out, possible worlds are not “discovered by powerful telescopes” (1972/1980, 44), for arguably, we only live in one world: the actual world. Instead, possible worlds are stipulated: “given by the descriptive conditions we associate with it” (Kripke 1972/1980, 44). But we can only stipulate things that we can conceive and think of¹¹. Thus, possible

worlds are also conceivable worlds (Lewis 1970, 176)¹².

Now, taking Kripke's and Lewis's ideas into account—and also loosely following Adams (1974, 211; 225)—let me put forth the following somewhat formal postulate: (i) *Every possible world is depicted or specified by a unique maximally consistent set of propositions, w, that stipulates an all-encompassing situation in (logical) space at a particular moment in time.* A set of propositions is said to be consistent if and only if those propositions can all be true in conjunction. Hence, according to (i), “for every possible world, w, and every pair of contradictory propositions, one member of the pair is true in w, and the other member is false in w” (Adams 1974, 211).

Since w is a maximal set—namely, a set that cannot be expanded by adding any other element—, every proposition shall either be true or false with respect to every possible world. So, to each possible world corresponds a perfectly detailed description of how all things are within the full extension of (logical) space at a specific point in time. Consequently, (ii) *Possible worlds are spatially isolated from each other.* In this sense, we could think of possible worlds as pictures of distinct combinations of whatever is. Moreover, spatial isolation implies that there are no causal connections between possible worlds whenever time is not considered.

The idea that possible worlds correspond to a set of propositions makes it easy to think of them as being identified merely by stipulation rather than being discovered or revealed through direct interaction. As a result, we can conceive, think and talk about existing possible worlds without appealing to some causal relationship. It is crucial, nevertheless, to remember that possible worlds are not identically reducible to a set of propositions. As Lewis put it, “We make languages and concepts and descriptions and imaginary representations that apply to worlds. We make stipulations that select some worlds rather than others for our attention [...] But none of these things we make are the worlds themselves” (Lewis 1986, 3).

In addition to (i) and (ii), let us assume that logical space is somehow complete so that “absolutely every way that a world could possibly be is a way that some world is” (Lewis 1986, 86). Accordingly, let me also state: (iii) *There is a plentitude of possible worlds, at least as many as we can conceive as being consistent.* If, as Yablo suggests, “the conceivable is *ordinarily* possible and that conceivability is *evidence* of possibility” (1993, 2), at least all possibilities we can conceive of can be accounted for by stipulating the descriptive sets corresponding to distinct possible worlds. Thus, there is a corresponding possible world for every conceivable maximally consistent set of propositions that specifies an all-encompassing situation at a particular time. Nonetheless, there might also be possibilities that nobody has conceived—

¹¹ According to Yablo, a proposition is conceivable—in a philosophical sense—for a particular individual if and only if one can imagine the coherent conditions or situation one takes to verify it (1993, 29).



¹² This relation, nonetheless, does not imply that possibility and conceivability are equivalent or co-extensional terms. It might as well be true that, as Mill suggested, “our capacity or incapacity of conceiving a thing has very little to do with the possibility of the thing in itself” (Mill 1874, II.V.6).

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

or will conceive—of. Hence, there might be an indefinite multiplicity of possible worlds¹³.

In addition to (i) and (ii), let us assume that logical space is somehow complete so that “absolutely every way that a world could possibly be is a way that some world is” (Lewis 1986, 86). Accordingly, let me also state: (iii) *There is a plenitude of possible worlds, at least as many as we can conceive as being consistent. If, as Yablo suggests, “the conceivable is ordinarily possible and that conceivability is evidence of possibility”* (1993, 2), at least all possibilities we can conceive of can be accounted for by stipulating the descriptive sets corresponding to distinct possible worlds. Thus, there is a corresponding possible world for every conceivable maximally consistent set of propositions that specifies an all-encompassing situation at a particular time. Nonetheless, there might also be possibilities that nobody has conceived—or will conceive—of. Hence, there might be an indefinite multiplicity of possible worlds¹³.

The postulates above, however, leave out the notion of time. Therefore, following Adams (1974, 211) again, let me also stipulate that: (iv) *Any consistent temporal sequence of possible worlds is a possible world-story.* More formally, allow every possible world-story, up to time t , to be specified by a single consistent chain, h , of maximally consistent sets of propositions w^t , temporally ordered from $t=0$ up to $t=1$. Thus, we could think of a possible world as a constitutive stage or event in a larger possible world-story, much like a page is a constituent of a book. In this way, one possible world may be said to correlate or influence another one through time causally¹⁴.

A word should be said about propositions to make postulates (i) to (iv) more precise¹⁵. Therefore, let me also stipulate that (v) *propositions convey—or identify—specific characterisations of things or entities of any ontological category.* To remain neutral in what follows with respect to its existence and nature, let us simply assume that *propositions are bearers of truth and falsity.*

13. It might also be the case that the consistency requirement constrains conceivability directly. In that case, all conceivable worlds would be possible worlds. However, if it is possible to conceive logically impossible worlds—that is, worlds for which the describing set is not consistent such as a world where there are round squares—the totality of possible worlds must then be a subset of the collection of all conceivable worlds. See previous note.

14. This claim might raise the question of whether different world-stories are casually isolated one from another—at least to some extent. Although this temporal causal correlation is an exciting topic, I will not delve into the potential answers and their consequences since it falls beyond the scope and grounds of this work.

15. According to Plantinga (1974, 44), we could alternatively think of both worlds and propositions in terms of states of affairs. However, we would still need to define the tricky notion of state of affairs—which could be understood in an almost circular way as specifications or configurations of entities that constitute a world. In this way, a possible world would be a maximally consistent state of affairs. Propositions would then depict states of affairs, and a proposition would be said to be true in a possible world if and only if the state of affairs corresponding to it is indeed an element of that world. In this work, I prefer to bet on an economy of elements.

Thus, we could say that any proposition P is true at a possible world w only if P conveys an accurate characterisation of the entities that are parts of that world¹⁶. Furthermore, if the way P specifies things does not obtain in w or is not the case in w , then P is said to be false at w . But each proposition shall either be true or false in respect to every possible world insofar as w is a maximally consistent set of propositions—and each proposition either characterises rightly how things are in w or it does not¹⁷.

Now, per (iii) and (v), any given non-contradictory proposition might be an element of the descriptive sets of multiple possible worlds—indefinitely so, perhaps. Thus, (vi) *to every non-contradictory proposition P corresponds a non-empty—and possibly infinite—set of possible worlds in which P is the case.* This, however, does not forcibly entail that propositions are identical to sets—a thesis that Lewis, among others, posits (1986, 53-4)¹⁸. But, constraining the relations between propositions and set to mere correspondence allows us to analyse and think of propositions as sets without acquiring any serious commitment regarding the nature of propositions.

According to the present approach to possible worlds, the actual world must be a possible world, one among many possibilities: “What actually is the case, as we say, is what goes on here. That is one possible way for a world to be” (Lewis 1986, 5). The actual world thus can be specified by a maximally consistent set of propositions. Furthermore, the history of the real world is one possible world-story. But then, in what regard are the actual and non-actual possible worlds different? After all, as Quine rightly notes: “one’s ontology is basic to the conceptual scheme by which he interprets all experiences, even the most commonplace ones” (Quine 1948, 29). Thus, it would seem natural for some people to grant the actual world a special place in their ontological structure by saying that there are two levels of being: actuality and mere existence. The actual world has the superior sort of being—i.e., actuality—whereas the merely possible worlds have some kind of diminished being since they lack actuality (Adams 1974, 215).

Nevertheless, this is not the only way to think about possible worlds. For instance, Lewis (1970; 1986) offers an alternative ontological view called “modal realism”. The *modal realist thesis* is simple and might be stated in the following way: *The actual world—that is, the world we are located in—is but one among many worlds that exist in the same way.* According

16. This notion builds on Wittgenstein’s insight that: ‘to understand a proposition means to know what is the case if it is true’ (Wittgenstein 1922, §4.024).

17. It is possible to differentiate between stating that something is true or false at a world and stating that it is true or false in a world (Lewis 1986). The latter requires that whatever entity is said to be true in relation to any world belongs to that same world as a part or constituent. I will not discuss the potential implications of the difference, mainly because it would require adding to the metaphysical content of the suggested thesis without barely any explanatory gains.

18. Montague (1970) and Stalnaker (1976) have also defended that propositions should be understood as sets of possible worlds.

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

to Lewis, there is no distinction between being and existence¹⁹. Therefore, no particular ontological property separates merely possible worlds from the actual world. In his words, “it is true that our world alone is actual; but that does not make our world special, radically different from all other worlds” (Lewis 1970, 184). Therefore, the idea “there are things that do not exist but could have” is mistaken since the other non-actual possible worlds exist in precisely the same sense as the actual world.

In Lewis’s opinion, non-actual objects are not ontologically different from actual objects; the only difference is that the former are simply not here (Lewis 1986, 2). Instead, he advocates an indexical theory of actuality: Expressions such as “the actual world”, “actual”, and “actually” are indexical—which means that their reference varies systematically depending on the relevant features of the context of utterance (Lewis 1970, 184-5). Other examples of indexical terms are pronouns like “I” and adverbs such as “here” and “now”.

Since “the actual world” means only “this world”—that is, the world in which the utterance occurs, the expression “This is the actual world” is true whenever uttered in any possible world (Lewis 1970, 186). Nevertheless, that is not to say that all possible worlds are simultaneously actual in the same context of utterance because actuality is a property that any given world possesses, not absolutely, but only relative to its inhabitants. Thus, most worlds and things fail to be actual from the perspective of any particular individual in any given world. Furthermore, the proposition “All worlds are actual” is false whenever uttered in any world (Lewis 1970, 186).

The *modal realist thesis*—added to (i)-(vi)—completes the conceptual framework intended to support what I take to be a version of the Pyrrhonian argument. To summarise, the conceptual framework I have offered in this section is based on the notion of possible worlds—i.e., ways all things could be at a point in time. According to it, possible worlds can be stipulated through maximally consistent sets. Furthermore, there is a plenitude of possible worlds—as many as logically conceivable—and each possible world exists in the same way as its peers. And, even though possible worlds are isolated causally, some of them can be said to be temporally correlated when we stipulate world-stories—that is, when we order them in a temporal sequence that is logically consistent.

Now, before getting to the central issue of this thesis, let me put forth a couple of remarks that follow from the modal realist approach I have described so far. Firstly, hereafter we will be focusing solely on modal statements—that is, sentences dealing with possibility and necessity—in the logical sense. Since each possible world is said to correspond to a maximally consistent set of propositions *w*, any other notion of modality metaphysical, physical or of any different nomological order—would presumably be subordinated to the specific characterisation given by *w*. This must be the case because *w*—being a maximal set—a *fortiori* states all the valid frames

for making and evaluating different modal assertions—including the corresponding domains of related possible worlds and the specific accessibility relations that apply over such sets.

In the same sense, if there are many worlds, and every logically consistent way that a world could be is a way that some world is, every descriptive set *w* must also specify whether the modal realist thesis is true or not in the corresponding world. Insofar as—according to (iii)—no gaps are assumed to be present in logical space, modal realism, of some flavour or another, depicts the actual metaphysical reality in some possible worlds but is entirely false in others. Nonetheless, when considering the entire logical domain of possible worlds without any restriction²⁰, the *modal realist thesis is possible trivially*—just as any other proposition. Thus, we might use the modal realist thesis as a premise without committing to it as a metaphysical law or necessity. In this way, in the worst-case scenario, modal realism is nothing more than a serviceable hypothesis (Lewis 1986, 3).

V. A Possible Formulation for an Analytic Sceptical Argument



As mentioned in §III, the fundamental assertion in the Pyrrhonian argument—viz. Things [*pragmata*] are equally indifferent, unmeasurable and undecidable—appears to be, at the same time, the weakest link in his rationale. Luckily, to keep the argument simple, we can separate this claim into three parts: X is undecidable, X is unmeasurable, and X is equally indifferent. “Things are undecidable” seems to be the critical statement since undecidability entails both unmeasurability and indifference. This is the case insofar as measuring anything requires comparing two things. But if the characteristics of no particular thing are decidable or determinable, then no two items are comparable. Hence, “things are undecidable” implies that “things are unmeasurable”. A similar line of thought leads to the conclusion that if something is undecidable—and thus unmeasurable—we cannot differentiate its value or determine a preference about it. Therefore, indifference or lack of preference follows from undecidability and unmeasurability.

The Pyrrhonian argument relies on a specific characterisation of *pragmata*—an ancient Greek term usually translated simply as “things.” However, “things” is a vague umbrella concept. What items should we consider to be undecidable? Taking a hint from Brunschwig (1994, 200), I will assume that the term ‘*pragmata*’ refers to all kinds of things, including possible worlds. Hence, now I will provide a Sceptical argument that is Pyrrhonian in nature albeit modal in structure—which already sets it apart from Pyrrho’s alleged affirmations. I think this is an appropriate strategy because it might help the Pyrrhonian sceptic avoid grounding his theoretical efforts on some unjustified first principle and thus avoid any potential self-refutation charges associated with this issue. Furthermore, since talk of *possibilia* is a regular practice in analytic philosophy, the proposed Pyrrhonian argument fits comfortably within our current philosophical standards.

19. In this specific point, Lewis follows Quine (1948, 23).

20. Aside from the requirement of consistency, of course.

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

Based on all previous considerations, an analytic Pyrrhonian argument might now be rebuilt based on Pyrrhonian ideas in the following way:

- (1) It is possible that the actual world is only one among multiple possible worlds that exist in the same way exactly
- (2) Therefore, stipulating the maximally consistent set of propositions, w , that rightly depicts—or represents—the actual world is an undecidable problem.
- (3) If overall actuality is undecidable, the truth-value of propositions about the actual world cannot be ascertained—with one exception.
- (4) Given (2) and (3), the truth-value of (almost all) propositions about the way things are in actuality cannot be ascertained.
- (5) For this reason, we cannot logically determine whether our beliefs and opinions about the way things are true or false in actuality.
- (6) Hence, logically, we are solely justified in suspending judgement with respect to propositions about how things are in the actual world.
- (7) When we suspend judgement about some proposition, we have nothing to affirm in that regard—thus, all we can say about (almost) any proposition is that (a) it possibly is true no more than it possibly is false; or that (b) it both might be true and might be false; or that (c) it might not be true, but it might not be false either.

This Pyrrhonian argument relies on the weaker of two available options. Premise (1) merely states that the *modal realist thesis* is possibly true in the actual world rather than asserting the stronger claim that modal realism is necessarily true—which is perhaps more consistent with what Lewis and other modal realists hold to be the case. There are two good reasons for betting on the weaker tenet, nonetheless. On the one hand, as I have already stated in the previous section, if modal realism is embraced genuinely with all its consequences, one might as well bite the bullet—before it is even shot—and accept that the *modal realist thesis* can only be possibly but not necessarily true; for otherwise the genuine modal realist risks falling into a logical inconsistency—that is, of course, only if he is genuinely committed to the existence of a complete and continuous logical space of *possibilia*. On the other hand, if the Pyrrhonian argument goes through for the weaker claim, it also goes through for the stronger one, *a fortiori*. But both the aspiring sceptic and the non-sceptic can find more plausible and reasonable a premise that commits to mere possibility rather than a settled—yet controversial—principle. Therefore, the weaker claim remains more serviceable²¹.

21. As a bonus, if someone would like to negate dogmatically that the modal realist thesis is possibly true, then the not-so-desirable burden of proof concerning the (logical) impossibility of the premise shall rest on their shoulders. This seems to be a fair dialectical rule.



According to (i), all possible worlds—as wholes—are determined by maximally consistent sets of propositions. This is the case for the actual world as well as for any possible world in which the sky is red instead of blue. But let's not forget that by combining propositions into non-maximal yet consistent sets, we can also stipulate parts of possible worlds. Consequently, our actual subjective experience, if described through a set of propositions, is a part of one possible world: the actual one.

The notion of subjective experience might come with much philosophical baggage to some of us. To keep things as parsimonious as possible, I will limit to assume that the subjective experience is something that happens (passively) to the experiencer and that whatever appears to the experiencing subject at any point in time—or through time if we talk about world-stories—can be described propositionally. Thus, to each experience corresponds a set of propositions ϵ that depicts the perceptions—understood as conceptualised sensations rather than judgements—, ideas and other cognitive impressions that appear or happen to the subject of the experience. In this way, the descriptive set of my present experience includes, for instance, the propositions: “It appears to me that the sky is blue,” “I think that today is Wednesday,” and “I remember that Nairobi is the capital of Kenya”.

Nevertheless, when we consider (vi), things—and worlds—take a sudden turn. Although our subjective experience is a part of a single possible world—i.e., the actual world—the proposition(s) that characterise our phenomenal experience is a subset of a class of maximally consistent sets of propositions. Thus, to the propositional depiction ϵ corresponds a set W of different possible worlds—indefinitely many of them as it is—that is consistent and compatible with the contents of ϵ . But, if that is the case, the actual world is logically undetermined by the description of our experience.

So yes, per (1), there might be a plenitude of possible worlds—that exist in a genuine sense—in which, “It appears to me that the sky is blue,” “I think that today is Wednesday,” and “I remember that Nairobi is the capital of Kenya” are true. Furthermore, in some of them, my experience accurately corresponds—or represents—what is the case in those worlds. In such instances, it is actually the case that the sky is blue, that it is Wednesday and that Kenya's capital is Nairobi. However, per (1), there might also be other equally real worlds in which my experience misrepresents the way things are in the actual world for one reason or another. I could, for instance, be under the spell of an illusion or a deception—we could blame that on an evil demon, a super-computer or the randomness of entropy—, or I might have made one or several mistakes—maybe I am misinformed of Kenyan political changes—, or I might have simply been hallucinating or dreaming.

Be as it may, (2) seems to follow from (1). Objectively identifying the actual world appears to be an undecidable problem given the possibility that other worlds exist and can be called actual when experienced from within. We simply lack any objective criterion, standard or algorithm to decide which possible world should be called “actual” among the different

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

possibilities within W^{22} . We only have ϵ to hold to, but it does not seem to provide enough grounds to justify an expansion of the experienced actuality to the real prize through deductive or inductive mechanisms. This appears to be an obvious implication of modal realism since, according to Lewis:

[I]f we take an a priori point of view and ignore our own location in time, the big difference between the actual world and other worlds should vanish. That is not [only] because we regard all worlds as equally actual but rather because if we ignore our own location among the worlds we cannot use indexical terms like ‘actual’” (1970, 187).

Now, if locating and specifying the actual world is an undecidable issue—and given (1) this is contingently true—, we lack the means to compare and differentiate among the different ways actual things and actual events might be by nature—as long as they are consistent with our experience. And if we cannot decide, compare or differentiate among consistent possibilities, there is no way forward for us to logically determine or ascertain the truth-values of propositions about the actual world²³. Due to our inability to fixate actuality entirely by objective criteria, we are impeded to verify or falsify that any given proposition conveys—represents or depicts—what is the case at the world we inhabit. Thus, we have (4). Please note that I claim this to hold for “almost all propositions” because there is one clear exception: Propositions belonging to subset ϵ stand fast in the actual world for sure. In other words, those propositions about that which appear to us as subjective experience are undoubtedly true for us in the actual world no matter what. After all, “scepticism about our own actuality is absurd” (Lewis 1970, 186)—even if our own actuality is spatially or logically reduced to our phenomenal experience.

Moving forward, according to (v), propositions stand as the contents of our opinions and beliefs. Consequently, (4) logically entails (5): Our beliefs about how things are in the actual world also have uncertain truth-values. The term “belief” is commonly used to “refer to the attitude we have, roughly, whenever we take something to be the case or regard it as true” (Schwitzgebel 2021). So, once we realise that (4) is—possibly—the case, any belief is, in fact, unascertainable—that is, it can neither be verified nor falsified. Therefore, we lack logical justification for assenting or holding any belief as being true or false. And in that case, we are better off suspending judgement about such belief or opinion since we solely have grounds to do that—at least from a logical and epistemological point of view. Consequently, from (5), we can support (6).

22. Aenesidemus pointed to a similar problem. According to some interpretations, he concluded that suspension of judgment resulted from the realisation that “there is no firm basis of cognition” (Castagnoli 2018, 73).

23. This is not to say that some—or in all likelihood most—people could and would choose an ad hoc criterion. Yet, it would not be a logically objective decision in any case.

Finally, when we suspend judgement about some particular issue or thing, we have nothing substantial to assert about that thing. At least, that would be the case if our assertions are to be truthful. Notwithstanding, this does need to imply that we are rendered speechless or mute suddenly or that our utterances become meaningless. We could say many things about what might be the case since there are many different ways the actual world could be. But, in acknowledging (1)-(5)—and considering the apposite proviso regarding propositions related to our subjective experience—, the most we could say about any proposition about things in the actual world is that (a) it possibly is true no more than it possibly is false—alternatively, that it is equally possibly true and possibly false; or that (b) it both might be true and might be false, or that (c) it might not be true, but it might not be false either.

The analytic Pyrrhonian argument above is logically consistent and general enough to ground a systematic sceptical stance. But, unlike Ancient Pyrrhonism, this analytical approach relies on some logical notions about possibilities. Hence, most of the sceptical hypothesis of the Cartesian kind—deceptive demons and brains in vats included—might also be regarded in some way or another as particular instantiations of it.

Notwithstanding, at this point, you could be saying: “Hold up, wait a minute. Something ain’t right.” And indeed, something is amiss since Pyrrho’s argument was supposed to be a path towards ataraxy. According to [δ], Timon posits that tranquillity or freedom from worry results from the suspension of judgement—after and possibly because of speechlessness. Should not then—at least in theory—any systematisation of Pyrrhonian stance conclude that suspension of judgement leads the sceptic to tranquillity and freedom from worry? That is quite right. However, the connection between a life devoid of beliefs and a life free of concern cannot be grounded solely in the conceptual framework that has been provided up to this point. In that case, this Pyrrhonian theory is not complete yet. So, to explore whether analytic Pyrrhonists can find freedom of worry, we must first settle on how we can get through life without having any dogmatic beliefs.

VI. Hanging Around Pyrrhonian Worlds



Ancient Pyrrhonists argued that their scepticism was compatible with ordinary human life. How then do analytic Pyrrhonian sceptics go about it? We certainly have needs and feelings; we also seem to think and communicate and possibly engage with other human beings in some way or another. And surely, most of us do not think of ourselves as mere automatons or zombies—in a philosophical or folkish way. But the question about the feasibility of the sceptical way of life is not merely rhetoric. Objectors and defenders of scepticism have discussed this topic many a time without agreement.

The simplest way out of this issue would be to agree to disagree and suspend judgement on the matter—“haters gonna hate” anyway. But that is not a philosophically acceptable nor a good sporting response. Another easy but also likely unsatisfactory answer would be to argue that, from the analytic Pyrrhonian rationale, we could conclude that having nothing to assert about most propositions—which is a form

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

of “speechlessness”—might be, by its own right, “a wonderfully trouble-free attitude to have” that leads to a tranquil life (Bett 1994, 165)²⁴.

However, all that the Pyrrhonian argument arguably accomplishes is providing grounds for the most radical and generalised type of doubt. And contrary to the Pyrrhonist’s wishes, not a few people could find this situation disturbing. Some would even be baffled or stunned speechless due to “fear, anxiety or perplexity” (Burnyeat 1980, 139; Bett 1994, 165). So, instead of passing smoothly into a new state of equanimity, this paralysing situation might lead to an incapacity to coherently engage in action and thought. Thus, there would still be objectors questioning whether—and if so, how—a Pyrrhonist can live an ordinary life without beliefs (Frede 1979; Burnyeat 1980; Barnes 1982).

Sceptical ideas, nonetheless, have once and again been faced with several objections, including charges of self-refutation and logical inconsistency. These charges do not seem to undermine the analytic Pyrrhonian argument seriously. However, two other relevant objections must be addressed to fulfil the goals of this thesis. First, as has already been noted, there is the apraxia charge. It is unclear whether anyone can lead an “ordinary” human life—or even merely survive—without beliefs. Since, arguably, believing is a fundamental feature of human cognitive activity, someone who does not form any opinions whatsoever may be unable to act—or even think.

In the second place, a related albeit distinct objection follows from Hume’s claim that “nature is always too strong for principle” (EHU 12.23). Thus, from the Humean point of view:

[A]Pyrrhonian cannot expect, that his philosophy will have any constant influence on the mind: Or if it had, that its influence would be beneficial to society. On the contrary, he must acknowledge, if he will acknowledge any thing, that all human life must perish, were his principles universally and steadily to prevail. All discourse, all action would immediately cease; and men remain in a total lethargy, till the necessities of nature, unsatisfied, put an end to their miserable existence [...] And though a Pyrrhonian may throw himself or others into a momentary amazement and confusion by his profound reasonings; the first and most trivial event in life will put to flight all his doubts and scruples, and leave him the same, in every point of action and speculation, with the philosophers of every other sect, or with those who never concerned themselves in any philosophical researches (EHU 12.23).

24. According to Aristocles’s report of Timon’s view, Pyrrho’s lack of concern about the nature of the world around us was one source of his legendary tranquil demeanour. In the same way, a few of us would likely just accept that uncertainty reigns supreme in the logical space of possibilities and find peace within it. At the very least, those who realise that our epistemological expectations are nothing but dead weight might feel lighter in spirit and less apprehensive about reality and being right about it. In these rare cases, tranquillity could come, not as a directly willed act but fortuitously—as Ancient Pyrrhonists promised.

Hume’s criticism builds on the apraxia objection but goes further. According to it, even though Pyrrhonian scepticism seems to be logically coherent, no one may likely succeed in adhering to it in everyday matters—as Ancient Pyrrhonists claimed to be able to do. This might be the case insofar as a life without beliefs leads to fatal inaction, contrary to the natural order of things. But, in a one to one contest, Nature is too strong for philosophical wishful thinking. Therefore, Pyrrhonists—defeated by their inherent disposition and need for believing—would be unable to conform to their sceptical tenets (Johnsen 2001, 528).

For Hume, Pyrrhonian scepticism hence amounts to nothing more than a philosophically amusing criticism of the human condition:

When he awakes from his dream, he will be the first to join in the laugh against himself, and to confess, that all his objections are mere amusement, and can have no other tendency than to show the whimsical condition of mankind, who must act and reason and believe; though they are not able, by their most diligent enquiry, to satisfy themselves concerning the foundation of these operations, or to remove the objections, which may be raised against them (EHU 12.23).

Hume’s argument relies on the idea that human beings are by nature required to hold beliefs in order to act and reason. And it does not matter that our efforts to justify and defend most of those beliefs are doomed to irremediable failure: humans would keep on believing stuff. And the human condition might indeed be that whimsical. I find it hard to disagree that Hume’s conjecture is possible, even though he offers no further argument for asserting that belief is naturally necessary—as Johnsen (2001, 560) points out. But then, the aspiring analytical Pyrrhonist does not need to hold that Hume’s view is false. All that is required to surpass both the apraxia and the Humean challenges is for the analytic Pyrrhonian theory to provide a logically consistent way to succeed in everyday life while remaining aware of the—possibly whimsical—epistemic condition of humanity.

Now, Ancient sceptics were well aware of the first of these objections. In response to the apraxia problem, they would describe their actions as being guided by passively grasped and unreflectively pursued appearances. Sextus, for instance, tackles the apraxia challenge directly by responding to objectors that Pyrrhonists do not consider the passive assent to appearances as instances of believing in something. “for the Sceptics assent to the feelings forced upon them by appearances” (PH I, 13). Moreover, Sextus elaborates on this point by enlisting the kinds of appearances that, according to his tradition, provide practical guidance in everyday life:

Thus, attending to what is apparent, we live in accordance with everyday observances, without holding opinions—for we are not able to be utterly inactive. These everyday observances seem to be fourfold, and to consist in guidance by nature, necessitation by feelings, handing down of laws and customs, and teachings of kinds of expertise (PH I, 23-4).

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

Sextus's response seems well aligned to the ideas of earlier Pyrrhonian sceptics—at least according to the scant reports we have on the matter. While defending that Pyrrho did not depart from the common way of life, Timon posited appearances—i.e., “what appears”—as a practical criterion for life (Long and Sedley 1987 vol.I, 15H; 18)²⁵. And Aenesidemus followed suit by arguing that Pyrrho himself acted according to appearances while “determining nothing in a doctrinaire fashion” (Long and Sedley 1987 vol.I, 468; Castagnoli 2018, 73)²⁶.

Therefore, an analytic theory of Pyrrhonism would do right by also regarding appearances as the practical criterion for living without beliefs. To this end, our conceptual framework already allows us to hold to whatever appears in our subjective experience as being certain in the actual world. However, as Sextus suggests—in everyday life, we seem to hold fast to a wide range of other apparent suppositions—in no way limited to our subjective experience—without proper justification. Therefore, according to Ancient Pyrrhonists and common sense, the required notion of appearance needs to be broader in scope to be considered an efficient, practical guide.

Fortunately, in Wittgenstein's notion of hinge propositions, we might find one way within analytic philosophy in which we can make philosophical and practical sense of the Pyrrhonian lifestyle based on appearances instead of on beliefs. Wittgenstein's ideas—particularly those contained in *On Certainty*—are arguably compatible with Pyrrhonism (Pritchard 2019, 92)²⁷. Wittgenstein's final writings, however, are fragmentary affairs that he did not edit. Hence, there is a limit to how far we can legitimately extrapolate from them an argument that is at the same time compatible with scepticism and genuinely Wittgensteinian (Pritchard 2011, 193)²⁸.

25. According to Diogenes Laertius (9.104-5), Timon claimed that he did not depart from everyday practices and agreed to appearances everywhere. Moreover, Diogenes Laertius also reported that later Ancient Pyrrhonists affirmed what was apparent “without also affirming that it is of such a kind” (in Long and Sedley 1987 vol.I, 15 H).

26. Furthermore, Castagnoli suggests that it is probable that, like Sextus after him, Aenesidemus included cultural conventions and social norms among the scope of appearances, together with sensations (2018, 73).

27. Even if this is not the case, there is evidence that Wittgenstein was interested in Pyrrhonian scepticism and—at least to some degree—influenced by Fritz Mauthner's work on Pyrrhonian scepticism. See Sluga (2004)

28. Some philosophers believe that OC is incompatible with a sceptical view since it would aim to debunk scepticism by revealing it to be semantically self-defeating. Coliva, for instance, claims that “Wittgenstein thinks scepticism is ultimately semantically nonsensical” (2010, 210). Stroll's (1994, 2005) and Moyal-Sharrock's (2004) arguments are similar. In contrast, other interpreters of OC hold that Wittgenstein acknowledged sceptical challenges as legit—at least to some degree—and thus attempted to provide us with some answer to it. For some of these readers, OC offers a therapeutic approach that can cure us—conceptually—of the sceptical dilemma. According to McGinn, this therapeutic approach “shows, from a position of reflection, that the sceptic doubts are ones that we may properly ignore” (2008, 379). Kern (2004) and Minar (2007) hold similar opinions. Lastly, for other interpreters like Wright (2004) and Williams (1991), Wittgenstein's ideas instead lead to some pragmatic accommodation to scepticism, which allows us to continue

Even though Wittgenstein's philosophical response to scepticism remains debatable, one thing seems straightforward: ‘hinge’ propositions are a way in which Wittgenstein limited—and even ruled out—the (adverse) effects that universal doubt might impose on ordinary life. Furthermore, the notion of hinge propositions can be easily related to the Pyrrhonian argument offered in this work since, at the very heart of this Wittgensteinian framework, lies the claim that the propositions we hold to be most certain lack evidential backing by their very nature (OC, §253).

Consequently, Wittgenstein concludes that those propositions that ground our approach to the world have a unique epistemic role. Wittgenstein famously uses the metaphor of the ‘hinge’ to describe this special kind of proposition—whence they get their name:

[...] the questions that we raise and our doubts depend on the fact that some propositions are exempt from doubt, are as it were like hinges on which those turn. That is to say, it belongs to the logic of our scientific investigations that certain things are in deed not doubted. But it isn't that the situation is like this: We just can't investigate everything, and for that reason, we are forced to rest content with assumption. If I want the door to turn, the hinges must stay put. (OC, §341–3)

These hinge ‘foundations’ for our actions and thoughts are not only not self-justifying nor self-evident but also not justified by any other thing we may believe or assume to know. Notwithstanding, the certainty we attach to these ordinary claims ensures that they do not have—and even more do not need—any epistemic status at all:

One says “I know” when one is ready to give compelling grounds. ‘I know’ relates to a possibility of demonstrating the truth. Whether someone knows something can come to light, assuming that he is convinced of it.

But if what he believes is of such a kind that the grounds he can give are no surer than his assertion, then he cannot say that he knows what he believes (OC, §243).

Like many contemporary epistemologists, Wittgenstein holds that any rightful claim of knowledge implies that one can offer relevant grounds to justify that claim. However, it follows from this premise that any claim to know—or believe in the sense of holding something to be actually true—any hinge proposition is, at the very least, logically improper or misused (OC, §6). In claiming to know or believe a proposition, one seems to imply that one can offer some grounds that would support that claim. However, the bases that can serve as justification must be more certain than the proposition one claims to hold epistemically. Hinge propositions, therefore,

our ordinary life in the shadow of philosophical doubt. Wright, for example, does not characterise Wittgenstein's approach to doubt as a direct challenge to the intelligibility of scepticism but as a framework that, at the least, allows for “a ‘liveable’ accommodation with it” (2004, 47).

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

are not evidentially grounded since nothing seems to be more certain than hinge propositions themselves. As a result, no epistemic claim could ever be adequately made regarding them (OC, §438; 484; 487; 550–1; 574; 576).

Nevertheless, hinge propositions are also logically immune to rational and logical doubt by the same token. The hinge role of a proposition ensures that any claim to doubt such a proposition would be incoherent within the logical framework we are using to assess it. Therefore, any doubt regarding a particular hinge commitment will also be groundless and, hence, logically improper. In Wittgenstein's words: "There are cases where doubt is unreasonable, but others where it seems logically impossible" (OC, §454). After all, whatever could serve as a ground for an expression of doubt regarding a particular proposition must also be more certain than the proposition doubted. Yet, nothing seems to be more certain than any given hinge proposition.

In sum, hinge commitments are exempt from epistemic evaluation because no claim to know—or believe—or doubt such a proposition could ever be made appropriately (Pritchard 2005, 197–8). Wittgenstein also thought that the nature of hinge propositions allows them to serve as the fixed point that gives grounds to our everyday actions and reasonings (OC, §201; 411; 414). Furthermore, hinge commitments stand fast to us and are ever-present, but this fact does not mean that they are cast in stone because different propositions play a hinge role in different situations. In case of a change of context, a proposition previously considered to be a hinge commitment can even be doubted from a different context on the basis of another hinge proposition. Therefore, we could claim that hinge propositions are, in some sense, the Wittgensteinian practical criterion (OC, §422)—just as appearances are the standard for Ancient Pyrrhonists.

Although Wittgenstein says much more in OC, this brief description of the role of hinge proposition—on which there is ample agreement (Pritchard 2005, 198)—is enough for our present endeavour. The notion of hinge propositions is logically compatible with the analytic Pyrrhonian argument: Just as one cannot doubt a hinge proposition, one cannot, with good reason, believe it either. After all, as Wittgenstein points out, "the difficulty is to realise the groundlessness of our believing" (OC, §166)²⁹. Additionally, the main thesis about hinge propositions seems to neutralise any form of paralysing universal doubt³⁰. As Wittgenstein repeatedly claims, "If you tried to doubt everything you would not get as far as doubting anything. The game of doubting itself presupposes certainty" (OC, §115)³¹. Thus, Pyrrhonian scepticism can also be subjected to healthy limitations by regarding appearances as hinge commitments.

29. Such a statement inevitably reminds us of Hume's claim regarding the whimsicality of the human condition.

30. As Wittgenstein puts it: "a doubt that doubted everything is not even a doubt" (OC, §450).

31. See also OC, §341; 354; 458.

Hinge propositions could be the standard that analytic Pyrrhonists follow in their approach to ordinary life. In this way, our actions and thoughts can be said to be guided by some passive commitments that do not constitute beliefs. This seems to be likely the case since even the Sceptical argument is founded in a tacit or unacknowledged background consisting of language, historical and cultural assumptions, academic conventions, etc. Hence, it is true that "doubt itself rests only on what is beyond doubt" (OC, §519).

To be consistent with the sceptical stance, a key feature of the sceptical standard is that we passively acquiesce to it. In describing what is apparent, Pyrrhonists—from Timon, and maybe Pyrrho himself, to Anenesidemus and Sextus—have made clear that appearances, by their nature, cannot be doubted since they are passively received, and one cannot but assent to them without requiring any epistemic grounds or further justification³². And according to the analytic Pyrrhonian argument, that is the case for the contents of our subjective experience, which are true in the actual world without a doubt. Therefore, we could say that ϵ is a consistent set of hinge propositions.

As Wittgenstein puts it at one point, hinge propositions are not investigated in ordinary life; instead, they "lie apart from the route travelled by inquiry" (OC, §88). Furthermore, since we are ordinarily unaware of these hinge commitments *qua* commitments, the certainty we attribute to hinge propositions is, therefore, natural and pre-rational—i.e., 'animal' and 'primitive' rather than the result of ratiocination (OC, §359; 475). Hence, we could say that believing is not the only way that life can go on and that Nature might provide other means of fulfilling the human condition. Contrary to Hume's expectations, the sceptic's hinge commitments are unreflectively assented to and are exempt from his scrutiny in ordinary circumstances.

Taking hinge commitments related to what appears to us in subjective experience as the practical criterion for the analytic Pyrrhonist is adequate in yet another sense. As Williams (1991) noted, hinge propositions might be context-dependent. Hence, different propositions can play the role of hinge commitments in different contexts. Context-dependence could explain why we can never evaluate our hinge commitments epistemically. In attempting to do so, we change the relevant context of assessment—and thus—the hinge propositions we are passively committed to.

A contextualist conceptualisation of the Pyrrhonian practical criterion might seem, at first, misaligned with scepticism. For starters, contextualism has been proposed as a remedy to sceptic concerns. Lewis (1996), for instance, suggested that

32. Sextus Empiricus states that "the standard of the Sceptical persuasion is what is apparent, implicitly meaning by this the appearances, for they depend on passive and unwilling feelings and are not objects of investigation" (PH I, 22). The 'fourfold' everyday observances that Sextus describes as part of the Pyrrhonian practical criterion are, thus, beyond sceptical doubt. These observances are passively acknowledged since the sceptic does not formulate judgments about them.



SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

contextualism could be used to ward off generalised scepticism by confining it to an epistemological vault³³. More important, however, might be that a contextual approach to appearances requires some variability in determining what practical guides the sceptic should follow in different circumstances. Nevertheless, Pyrrhonian scepticism seems to comfortably accommodate the notion of changing contexts insofar as the sceptic passively acquiesces to these changes. Hence, different propositions can indeed play the role of hinge commitments in different contexts in logical accordance with our ever-shifting subjective experience.

How then do analytic Pyrrhonian sceptics go about life? The best answer seems to be: just like everyone else. That is, by attending and following the hinge commitments present in our subjective experience, including perceptions, ideas and memories that we take to be related to conventions and know-how³⁴. By introducing the notion of hinge commitments in his conceptual framework, the analytic Pyrrhonist is able to accommodate both the apraxia and the Humean objections. Nature does not necessarily demand believing one thing or another to enable humans to act and reason. It is also possible that humans can live a pretty ordinary life without holding willingly and consciously any belief. Instead, we can get-by by solely acquiescing—in an epistemically neutral way—to the guidance of whatever appears to be possibly true in the actual world according to our subjective experience.

Given that analytic Pyrrhonists can lead an ordinary life, perhaps they do not need to be apprehensive or dumbfounded by the possibility that almost nothing can be ascertained about the actual world. Their life might be surrounded by insurmountable uncertainty, yet these sceptics can find guidance in whatever appears in their subjective experience. This confidence in itself contributes to a feeling of equanimity. One does not need to be right about things in the actual world; we just need to be able to live in it. But, even more, analytic Pyrrhonists do not need to bet their tranquillity in assenting to unsubstantiated opinions—and given the option, it does not seem that doing so is a worthy gamble after all. Therefore, they are undisturbed by unexpected situations and failed expectations, welcoming change fully hearted and clear-minded. Following a life devoid of unfounded beliefs, they might achieve freedom of worry—or more precisely: “tranquillity in matters of opinion and the moderation of suffering in matters forced upon us” (PH I.25).

VII. “Ou Mallon”



Once upon a time, Brentano (1894/1998) imagined the development of philosophical ideas progressing in cycles, with scepticism being a recurring motif along the journey. And, indeed, sceptical arguments might be generally regarded as neither new nor particularly fancy.

33. But even then, Lewis accepts that as soon as we engage “in the systematic philosophical examination of knowledge,” we must come face to face with “the compelling argument that we know next to nothing” (1996, 529).

34. A possible follow-up question could be: Does this mean we are some sort of automatons after all? Discussing possible answers does not seem to be pertinent here.

But, at the same time, scepticism has been an unpopular philosophical stance throughout history. Not even considered in contemporary mainstream philosophical discussions as a proper philosophical theory, nowadays, sceptical arguments mainly serve in an instrumental capacity within philosophy. For most philosophers, sceptical hypotheses—which constitute the flesh and bone of Cartesian scepticism—are nothing but challenges that philosophical systems must overcome to improve. And this might be the case due to the lack of an adequately grounded sceptical theory.

Ancient Pyrrhonism, for its part, is a well known sceptical tradition. Notwithstanding, it is regarded chiefly as a dialectical method for dealing with philosophical preoccupations. Seem under that light, the odds of formalising Pyrrhonian scepticism into a theory are hardly appealing. Hence, it has ended up either as a philosophical curiosity—leading to discussions about its feasibility and its proper interpretation being—or as a philosophical attitude reserved for rare “men of talent”—as Sextus would put it.

Contrary to this bleak perspective about Pyrrhonism, in this essay, I have tried to show that Pyrrhonian scepticism can become a more appealing and accessible philosophical stance if the proper theoretical framework is provided to support it. To this end, we can seek inspiration from the ideas of the Pyrrhonian figurehead: Pyrrho himself. Although there is scant evidence regarding Pyrrho’s views, it is possible to identify the central argument on which he based his sceptical philosophy. Furthermore, his tenets and rationale can be reconstructed into a Pyrrhonian argument compatible with the contemporary standpoint of analytic philosophy. This novel approach to Pyrrhonian scepticism can be grounded in a simple conceptual framework based on some tenets of modal realism—possibly against Lewis’s conception of the theory (1986, 117).

The analytic Pyrrhonian argument based on a genuine modal realist thesis is faithful to Pyrrho’s sceptical stance. It is also logically consistent and general enough to ground a systematic sceptical perspective without drawing upon unjustified principles. Unlike the approach taken by Ancient Pyrrhonists—particularly in the Sextan corpus—the analytic version of the Pyrrhonian argument does not require an exceptional talent or disposition to apply dialectical methods. Instead, it relies solely on embracing the possibility that there is a plenitude of possible worlds that can be actual. From entertaining such a possibility, it follows that since we can only grasp a part of the actual world from experience, the rest of it has to be either stipulated arbitrarily or recognised as being undecidable.

Furthermore, this novel theoretical account of Pyrrhonian scepticism—which could be called “Analytic Pyrrhonism”—is compatible with the sceptical principles and goals of Hellenistic Pyrrhonism. Analytic Pyrrhonists can lead an ordinary life devoid of beliefs—and oblivious to the apraxia and the Humean objections—by following the appearances presented to them in their subjective experiences. This is plausible insofar as we understand that appearances, in their role as the practical criterion, can be regarded as hinge commitments that are not known or believed—but that can neither be doubted.

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

Thus, this sceptical stance can be applied in our day-to-day—just like Ancient sceptics aspired to do. And, if we consider that being without opinion reduces the sources of stress and anxiety, the Pyrrhonian lifestyle might lead to authentic freedom of worry. This connection, however, would need to be explored further in the future, together with some other philosophical implications of the analytic Pyrrhonian theory.



References

- Adams, R. M. 1974. "Theories of Actuality." *Noûs* 8: 211–31.
- Barnes, J., 1982. "The Beliefs of a Pyrrhonist." *Proceedings of the Cambridge Philological Society*, no. 28: 1–29. Reprinted in *The Original Sceptics*, edited by M. Burnyeat and M. Frede, 58–91. Indianapolis and Cambridge, Mass.: Hackett. 1997.
- Berto, F., and M. Jago. 2019. *Impossible Worlds*. Oxford: Oxford University Press.
- Bett, R. 1994. "Aristocles on Timon on Pyrrho: the Text, Its Logic and Its Credibility." *Oxford Studies in Ancient Philosophy* XII: 137–81.
- . 2000. *Pyrrho, His Antecedents, and His Legacy*. Oxford: Oxford University Press.
- Brennan, T. 1998. "Pyrrho on the Criterion." *Ancient Philosophy* 18 (2): 417–34.
- Brentano, F. 1894/1998. "The Four Phases of Philosophy and Its Current State." In *The Four Phases of Philosophy*, edited and translated by B. Mezei and B. Smith, 81–111. Amsterdam: Rodopi.
- Brunschwig, J. 1994. "Once Again on Eusebius on Aristocles on Timon on Pyrrho." In his *Papers in Hellenistic Philosophy*, translated by J. Lloyd, 190–211. Cambridge: Cambridge University Press.
- Burnyeat, M. 1980. "Can the Sceptic Live His Scepticism?" In *Doubt and Dogmatism: Studies in Hellenistic Epistemology*, edited by M. Schofield, M. Burnyeat and J. Barnes, 20–53. Oxford: Oxford University Press.
- Castagnoli, L. 2002. "Review of Pyrrho, His Antecedents, and His Legacy." *Ancient Philosophy* 22: 443–57.
- . 2018. "Aenesidemus." In *Skepticism: From Antiquity to the Present*, edited by D. E. Machuca and B. Reed, 67–80. New York: Bloomsbury Academic.
- Cavell, Stanley. 1979. *The Claim of Reason: Wittgenstein, Skepticism, Morality, and Tragedy*. Oxford: Oxford University Press.
- . 2015. "Knowing and Acknowledging." Chapter. In *Must We Mean What We Say?: A Book of Essays*, 2nd ed., 220–45. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coliva, A. 2010. *Moore and Wittgenstein: Scepticism, Certainty and Common Sense*. London: Palgrave Macmillan.
- Cooper, J. 2012. *Pursuits of Wisdom: Six Ways of Life in Ancient Philosophy from Socrates to Plotinus*. Princeton: Princeton University Press.
- Diamond, Cora. 2003. "The Difficulty of Reality and the Difficulty of Philosophy." *Partial Answers: Journal of Literature and the History of Ideas* 1(2):1–26.
- Frede, M., 1979. "Des Skeptikers Meinungen," *Neue Hefte für Philosophie* 15/16: 102–29. Reprinted as "The Sceptic's Beliefs," in *The Original Sceptics*, edited by M. Burnyeat and M. Frede, 1–24. Indianapolis and Cambridge, Mass.: Hackett. 1997.
- Hume, D. 1748. *An Enquiry Concerning Human Understanding*. London. Reprinted in *Enquiries Concerning the Human Understanding and Concerning the Principles of Morals*, edited by L. A. Selby-Bigge. Oxford: Oxford University Press. 1975. [=EHU]
- Johnsen, B. 2001. "On the Coherence of Pyrrhonian Skepticism." *The Philosophical Review* 110 (4): 521–61.
- Kern, A. 2004. "Understanding Scepticism: Wittgenstein's Paradoxical Reinterpretation of Sceptical Doubt." In *Wittgenstein and Scepticism*, edited by D. McManus, 200–17. London: Routledge.
- Kripke, S. 1972/1980. *Naming and Necessity*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- . 1982. *Wittgenstein on Rules and Private Language*. Cambridge, Mass: Harvard.
- Lewis, D. 1970. "Anselm and Actuality." *Noûs* 4(2): 175–88.
- . 1973. *Counterfactuals*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- . 1986. *On the Plurality of Worlds*. Oxford: Blackwell.
- . 1996. "Elusive Knowledge." *Australasian Journal Of Philosophy* 74, no.4: 549-67.
- Long, A. A., and D. N. Sedley. 1987. *The Hellenistic Philosophers*. 2 vols. Cambridge: Cambridge University Press.
- McGinn, M. 2008. "Wittgenstein on Certainty." In *The Oxford Handbook of Skepticism*, edited by John Greco, 372–91. Oxford: Oxford University Press.
- Mill, J. S. 1874. *A System of Logic*. New York: Harper & Brothers.
- Minar, E. 2005. "On Wittgenstein's Response to Scepticism: The Opening of On Certainty." In *Readings of Wittgenstein's "On Certainty,"* edited by D. Moyal-Sharrock and W. H. Brenner, 253-74. New York: Palgrave Macmillan.
- Montague, R. 1970. "Universal Grammar." *Theoria* 36: 373–98.
- Moyal-Sharrock, D. 2004. *Understanding Wittgenstein's On Certainty*. New York: Palgrave Macmillan
- Nagel, T. 1986. *The View from Nowhere*. Oxford: Oxford University Press.
- Perin, C. 2018. "Pyrrho and Timon." In *Skepticism: From Antiquity to the Present*, edited by D. E. Machuca and B. Reed, 24–35. New York: Bloomsbury Academic.
- Plantinga, A. 1974. *The Nature of Necessity*. Oxford: Oxford University Press.
- Pritchard, D. 2005. "Wittgenstein's On Certainty and Contemporary Anti-scepticism." In *Readings of Wittgenstein's "On Certainty,"* edited by D. Moyal-Sharrock and W. H. Brenner, 253–74. New York: Palgrave Macmillan.
- . 2011. "Wittgensteinian Pyrrhonism." In *Pyrrhonism in Ancient, Modern, and Contemporary Philosophy*, edited by D. Machuca, 193–202. Dordrecht: Springer.
- . 2019. "Wittgenstein's On Certainty as Pyrrhonism in Action." In *Wittgensteinian (adj.): Looking at Things From the Viewpoint of Wittgenstein's Philosophy*, edited by N. de Costa and S. Wuppuluri, 91–106. Dordrecht: Springer.
- Quine, W. V. O. 1948. "On What There Is." *The Review of Metaphysics* 2(5): 21–38.
- Schwitzgebel, E. 2021. "Belief." In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, edited by Edward N. Zalta, URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/belief/>>.

SEGUNDO PREMIO: An Outline of Analytical Pyrrhonism

- Sextus Empiricus. n.d. *Outlines of Scepticism*. Translated by J. Annas and J. Barnes. Cambridge Texts in the History of Philosophy. Cambridge: Cambridge University Press. 2000. [=PH]
- Sluga, H. 2004. "Wittgenstein and Pyrrhonism." In *Pyrrhonian Skepticism*, edited by W. Sinnott-Armstrong, 99-117. Oxford: Oxford University Press.
- Stalnaker, R. 1976. "Possible Worlds." *Noûs* 10: 65-75.
- Stopper, M.R. 1983. "Schizzi Pirroniani." *Phronesis* 28: 265-97.
- Striker, G. 1980. "Sceptical Strategies." In *Doubt and Dogmatism: Studies in Hellenistic Epistemology*, edited by M. Schofield, M. Burnyeat and J. Barnes, 54-83. Oxford: Oxford University Press.
- Stroll, A. 1994. *Moore and Wittgenstein on Certainty*. Oxford: Oxford University Press.
- . 2005. "Why On Certainty Matters." In *Readings of Wittgenstein's 'On Certainty'*, edited by D. Moyal-Sharrock and W.H. Brenner, 33-46. New York: Palgrave Macmillan.
- Stroud, B. 1984. *The Significance of Philosophical Scepticism*. Oxford: Oxford University Press.
- Svavarsson, S. H. 2004. "Pyrrho's Undecidable Nature." *Oxford Studies in Ancient Philosophy* XXVII: 249-95.
- Unger, P. 1971. "A Defence of Skepticism." *Philosophical Review* 80:198-219.
- . 1975. *Ignorance: A Case for Scepticism*. Oxford: Clarendon Press.
- Williams, M. 1988. "Scepticism without Theory." *Review of Metaphysics* 41(3): 547-88.
- . 1991. *Unnatural Doubts: Epistemological Realism and the Basis of Scepticism*. Oxford: Basil Blackwell.
- Wittgenstein, L. 1922. *Tractatus Logico-Philosophicus*. London: Routledge & Kegan Paul.
- . 1977. *On Certainty*. Edited and translated by D. Paul and G. E. M. Anscombe. Oxford: Blackwell [=OC].
- Wright, C. 1991. "Scepticism and Dreaming: Imploding the Demon". *Mind* 397: 87-115.
- . 2004. "Wittgenstein's Certainties." In *Wittgenstein and Scepticism*, edited by D. McManus, 22-55. London: Routledge.
- Yablo, S. C. 1993. "Is Conceivability a Guide to Possibility?" *Philosophical and Phenomenological Research* 5(1): 1-42.

www.solofici.org



SLMFCE

Sociedad de Lógica, Metodología
y Filosofía de la Ciencia en España

EVALUADORES Y EVALUADORAS de la SLMFCE

EVALUADORES Y EVALUADORAS en las convocatorias de Premios Mejor TFM

(2014-2015, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018,
2018-2019, 2019-2020, 2020-2021)

www.solofici.org

Juan José Acero	Manuel García Carpintero	Manuel Pérez Otero
Jesús Alcolea	María José García Encinas	Claudia Picazo
Enrique Alonso	Ángel García Rodríguez	David Pineda Oliva
Agustín Arrieta	Antoni Gomila	Daniel Quesada
Marc Artiga	Íñigo González	Javier Rodríguez Alcázar
Juan Barba	Javier González de Prado	Cristian Saborido
Lilian Bermejo-Luque	Valeriano Irazo	Mirco Sambrotta
Antonio Blanco Salgueiro	José Luis Luján	Iñaki San Pedro
María Caamaño	Alfredo Marcos	Fernando Soler
Paco Calvo	Hubert Marraud	Adán Sus
María Cerezo	José Martínez	David Teira
Cristina Corredor	Manolo Martínez	Vanessa Triviño
Ana Cuevas	Fernando Martínez Manrique	Ekai Txapartegi
Xavier de Donato	Concha Martínez Vidal	Luis M. Valdés Villanueva
Manuel de Pinedo	Andrei Moldovan	Jesús Vega
José Díaz	María Navarro	Luis Vega †
Esa Díaz León	Ángel Nepomuceno	Ignacio Vicario
Antonio Diéguez	Laura Nuño de la Rosa	Agustín Vicente
Arantza Etxeberria	Paula Olmos	Javier Vilanova
José Luis Falguera	Sergi Oms	Neftalí Villanueva
Víctor Fernández Castro	Inmaculada Perdomo	
Pedro Francés	David Pérez Chico	



SLMFCE

Sociedad de Lógica, Metodología
y Filosofía de la Ciencia en España

Febrero de 2024

SOCIEDAD DE
LÓGICA,
METODOLOGÍA Y
FILOSOFÍA DE LA
CIENCIA EN
ESPAÑA

www.solofici.org

Para envíos al boletín:
davidpch@unizar.es

www.solofici.org

