

ASPECTOS ÉTICOS EN TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Fermín García Marcos

Los primeros ensayos experimentales de trasplantes fueron efectuados en 1902 por Alexis Carrel; en 1954, en Boston, se efectúa el primer trasplante de riñón en un ser humano, aun sin inmunosupresión, que es introducida en 1958. En 1964 se hizo un trasplante de riñón de chimpancé a un ser humano, que funcionó un corto tiempo.

En 1967, en Sudafrica, se comunica el primer trasplante exitoso de corazón. A partir de la década del 80 se perfeccionan y desarrollan los trasplantes hepáticos, pancreáticos y del bloc cardiopulmonar. Hasta 1990 se contabilizaban 200.000 trasplantes de riñón comunicados en el mundo. Hasta 1994 existían 26700 trasplantes cardíacos, de los cuales 177 habian sido efectuados en nuestro país. En los Estados Unidos de Norteamérica, en 1990 se calculaban unas 200.000 muertes cerebrales anuales promedio; la obtención de órganos para trasplante de ese caudal de pacientes potenciales dadores, era sólo de 2000; siendo las necesidades aproximadas para diferentes patologías de 50.000. A medida que se desarrollan los conocimientos en los aspectos técnico-quirúrgicos e inmunológicos, aumenta la confianza en el método como forma de tratamiento, y la indicación clínica de recurrir a él; es decir, crece la demanda de órganos.

En 1996 existían en la argentina 6400 personas en lista de espera; 5433 de ellas para riñón, 679 para córnea, 144 para hígado, 89 para corazón, 37 para corazón y pulmón y 28 para pulmón. En diálisis renal en la argentina existen unos 5000 pacientes, de los cuales, 2900 son pasibles de trasplantes.

Las sobrevividas son, (cifras de 1990), en trasplante hepático un 80% al año de operados en niños, y un 60% en adultos. En riñón, sobrevivida al año 80%, a 5 años un 40% con riñón funcionante, bajando si es de origen cadavérico. En corazón, la sobrevivida al primer año es de 63% y a los 5 años del 39%. Los costos de éstas cirugías son menores en la Argentina, casi la mitad, que en EEUU. Un trasplante hepático puede oscilar entre 60.000 y 200.000 dólares. Un trasplante renal entre \$8000 y \$ 20.000, lo que equivale a muchos meses o un año de hemodiálisis. El uso de recursos financieros para éstas técnicas es un tema discutido, teniendo en cuenta los costos y la posibilidad de orientar fondos prioritarios hacia maternidad e infancia o servicios básicos masivos. Con éstas cifras pretendemos informar generalidades sobre la situación del tema. Son extraídas de diferentes trabajos y comunicaciones institucionales a los medios de difusión.(1)

El listado de órganos y tejidos pasibles de ser trasplantados abarca desde la tradicional transfusión de sangre, el reemplazo de córnea, el trasplante de hueso, de médula ósea, de tejidos fetales, de riñón, corazón, pulmón, hígado, páncreas, mano o miembros. Si bien existe

sensibilización social y conciencia de la situación; la actitud natural reticente de la población es comprensible. Conceptos y hábitos culturales respecto al cadáver de los seres queridos o de si mismo en el futuro, no hacen fácil aceptar o dar consentimiento para la extracción de órganos. Éste es un tema de fondo, es un tema no soslayable ante el cual las medidas coercitivas de los poderes públicos o de los grupos de presión, o de las instituciones médicas, deben atenerse a pautas de comportamiento, respetuosas de la sensibilidad popular, sus creencias y sus estilos culturales. El "consentimiento presunto", art. 62 de la ley 24193, depende de una responsable campaña de esclarecimiento a la población; que no atemorice al indeciso, respecto a la correcta certificación de su muerte y a la disponibilidad de su cadáver.(2)

Nos ocuparemos de sintetizar los aspectos más controvertidos, puntualizando líneas éticas que guían la acción. Hoy podemos afirmar que nos hallamos en una etapa de consolidación técnica y terapéutica (3) de la cirugía de los trasplantes de grandes órganos, riñón en particular, seguido por hígado, corazón, pulmón, y páncreas. A partir de 1975 se han esclarecido muchos problemas, se legisló sobre definición de muerte, se tienen pautas clínicas precisas sobre indicaciones, se conocen las reacciones inmunológicas del receptor, las formas de utilizar los órganos del donante, su extracción y conservación, se ha logrado una efectiva inmunosupresión, mejora la relación riesgo-beneficio y costo-beneficio. No

obstante los problemas vinculados a costos y financiación se acentúan en función de la demanda, así como cuidar la justa selección de los receptores.(4)

Motiva una reflexión ética la etapa experimental de la transplantología de grandes órganos, que se extiende desde 1950 hasta 1975; es decir la etapa previa a la considerada como de consolidación terapéutica. Como en toda fase experimental en medicina, los riesgos de transgredir criterios éticos son altos. Por otra parte, ni las prioridades de la ciencia o las necesidades de la sociedad justifican perder de vista el bien personal del paciente. El interés por el enfermo lleva al imperativo de evitar el daño y procurar el bien.

Para cualquier etapa experimental con seres humanos, deben cumplirse las pautas de la Declaración de Helsinki y sus diversas actualizaciones, así como las Normas Éticas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas en Sujetos Humanos, OMS, 1996.(4)(5) Toda actividad médica sobre un ser humano depende de la conciencia recta, la honestidad, la justa intención, el objetivo tendiente al bien, la veracidad, la responsabilidad del equipo. Esta etapa, sembrada de situaciones imprevisibles, azarosas, desconocidas, accidentales, muchas veces imposibles de prever; que en diversos momentos de la formación del médico, particularmente del cirujano, podemos englobar en la llamada "curva de aprendizaje"; requiere de la virtud de la prudencia y de una extrema responsabilidad, guiado por el objetivo de hacer el bien, evitar el

daño, que los efectos no deseados puedan resolverse o atemperarse, que exista una razón grave y proporcionada que justifique la indicación terapéutica.

En la situación actual, superada la etapa experimental, el problema ético de fondo es la correcta definición de muerte del dador. Recordamos y tenemos en cuenta las arbitrariedades cometidas por, irresponsabilidad y audacia con el trasplante de corazón entre 1967 y 1970, época oscura que puso en evidencia vicios y trasgresiones por parte de algunos médicos con afán de sobresalir o publicar sus resultados. La obtención de órganos para trasplante cardíaco, pulmonar o hepático no es tan simple como para riñón. Es posible que los excesos hicieron ver con mayor seriedad las necesidades de subordinar éstas nuevas técnicas a criterios éticos.

DEFINICIÓN DE MUERTE DEL DADOR

Hasta promediar la década del 50, la definición de muerte era el paro cardio-respiratorio. Las medidas técnicas de reanimación pusieron en evidencia la posibilidad de mantener oxigenación pulmonar, latido cardíaco y tensión arterial en pacientes con silencio eléctrico cerebral; cadáver en condiciones hemodinámicas estables. La toma de decisión médica de continuar o no tratando enfermos con situaciones como las descripta, o con Síndrome Vegetativo Prolongado, que tienen inconciencia profunda, mantienen funciones cerebrales y vegetativas básicas y no requieren

medios extraordinarios de sosten, impuso la necesidad de definir con mayor precisión la frontera entre la vida y la muerte. El primer protocolo al respecto data de 1968, establecido por un comité "ad hoc" de la Universidad de Harvard. En 1981, la Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina, de EEUU, estableció que "Está muerto un ser humano al que ha sobrevenido, bien una interrupción irreversible de las funciones respiratorias y circulatorias, bien una interrupción irreversible de las funciones cerebrales, incluyendo las del tronco cerebral. La determinación de la muerte ha de ser hecha de acuerdo con los estándares médicos habituales". De ésta forma se estableció que la muerte se puede determinar por criterios diagnósticos estrictamente neurológicos.(6). Con ésta definición se llena un vacío médico y legal muy importante. Aunque haya "vida aparente" por la aplicación de métodos extraordinarios, hay "muerte real" si neurológicamente es incontrovertible.

No obstante lo antedicho, el tema del diagnóstico real de muerte acompaña siempre en cualquier conciencia responsable, a la decisión de utilización de órganos de dador con corazón latente. Para dar tranquilidad a las angustias existenciales y científicas del cuerpo médico, y a la comunidad en general, han surgido pautas que integran legislaciones al respecto. El esquema más difundido y aceptado es el que consta en la ley argentina de trasplantes, ley 24193 (7), que en su artículo 23 establece: "El fallecimiento de

una persona se considera tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis horas después de su constatación conjunta:

a) ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia.

b) ausencia de respiración espontánea

c) ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas.

d) inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud y Acción Social, con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes (INCUCAI).

La verificación de los signos referidos en el inc.d no será necesaria en caso de paro cardiorespiratorio total e irreversible". Ésta última aclaración al definirse legalmente la muerte, es porque el cadáver en esas circunstancias, no tendría utilidad transplantológica.

Más allá de las definiciones legales, la polémica puede continuar en el plano ético teniendo en consideración factores como:

a) Mantenimiento de la vida con medios desproporcionados o extraordinarios, con un objetivo utilitario. Habría una definición de muerte habitual, paro cardiorespiratorio, y otra para los posibles dadores, que sería neurológica.

b) Temor de actitudes poco prudentes o irresponsables, sin respeto por la

dignidad de la persona o por la sacralidad o dignidad de la vida en si, en la circunstancia de definir una muerte para después usar los órganos del paciente.

c) Discusión teológica sobre la presunta muerte biológica y la incapacidad del organismo de sustentar vida humana. Momento de separación del alma y el cuerpo.

e) Consideración de los anencéfalos, los estados vegetativos persistentes de larga duración, ciertas demencias profundas o al feto, como seres de la especie Homo Sapiens que no son personas, y por lo tanto no relevantes desde el punto de vista moral. La inconciencia profunda y prolongada de un SVP quitaría al enfermo su jerarquía de persona, todo tratamiento sería fútil, y cabría disponer de él, ya sea para abandonarlo a su suerte, aplicar eutanasia o usarlo como dador.(8)(9)

Es fundamental la cautela, la prudencia y el actuar en forma colegiada en la definición de muerte frente a un potencial dador a quien se mantiene con corazón latiente. Es imprescindible una clara conciencia ética de respeto por la vida por parte del equipo médico, de no subordinar la declaración de muerte del enfermo, ni a los objetivos de la ciencia, ni a los de la sociedad. No basta la pérdida de la conciencia, o de las relaciones propias de la corteza cerebral, sino que todo el encéfalo esté muerto. "No se puede introducir la distinción entre vida biológica (funciones orgánicas) y vida personal (vida conciente y de relación), pues en el hombre hay una vitalidad única; y mientras haya vida, se debe considerar

que es vida de la persona"(10). La responsabilidad de la definición de muerte es médica, no es teológica ni filosófica. A éste tema, admitiendo la "duda insoluble", ya se había referido Pio XII en 1957(11). En la misma línea de pensamiento, Juan Pablo II dice (12): "Los científicos, los analistas y los eruditos deben continuar sus investigaciones y sus estudios a fin de determinar con la mayor precisión posible el momento exacto y el signo irrecusable de la muerte "....." Los moralistas, los filósofos y los teólogos han de encontrar soluciones apropiadas a los nuevos problemas o a los aspectos nuevos de los problemas de siempre a la luz de nuevos datos. Tienen que examinar situaciones que eran antes impensables, y que por eso nunca habían sido evaluadas. Con otras palabras, han de ejercer lo que la tradición moral llama la virtud de la prudencia, que supone la actitud moral y la fidelidad al bien". En otra parte del mismo texto se pregunta: "¿cómo conciliar el respeto a la vida, que prohíbe toda acción susceptible de provocar o adelantar la muerte, con el bien que puede derivar para la humanidad de la extracción de órganos para el trasplante a un enfermo que los necesita.."

"En la práctica, la teología ha aceptado la definición de muerte que la ciencia médica determina en cada momento"(13).

ASPECTOS ÉTICOS VINCULADOS AL DONANTE

Donante cadáver. No puede considerarse el cadáver humano en el mismo

plano de uso al de un animal, o al de una cosa." El cuerpo era la morada de un alma espiritual e inmortal, parte constitutiva esencial de una persona humana con quien compartía su dignidad; algo de tal dignidad queda todavía en él"(14). Si bien el cadáver es "res publica" no sujeto a derecho; requiere respeto en su trato y manipuleo. Es importante insistir nuevamente en la correcta determinación de muerte. "No sería lícito hacer del cuerpo humano un simple objeto, un instrumento de experimentos, sin más normas que los imperativos de la investigación científica y de las posibilidades técnicas" (15). Es necesario conocer también la naturaleza jurídica del cadáver "para saber quien tiene autoridad o potestad sobre el mismo para determinar su eventual uso para fines terapéuticos."(16). El ideal sería el consentimiento expreso del fallecido en un testamento vital. La familia tiene derecho a autorizar o negar el uso del cadáver de un deudo. Debe asegurarse la libertad de decisión del donante y de su familia una vez muerto. Coincido con Monge cuando expresa que: "No respeta por eso la libertad una ley que establece la donación como cosa obligatoria, como si el cadáver, que ya no es sujeto de derecho, quedara a merced de la autoridad civil". Ésta referencia es válida para la legislación argentina, inspirada en la española, que establece que todo ciudadano fallecido es donante, salvo que haya expresado su oposición a serlo. Todo argentino que realice trámites ante el Registro Civil o la Policía Federal debe efectuar una declaración respecto a su

voluntad de donar órganos, que constará en su documento. En éstos cuatro años de vigencia, sólo 260.000 han aceptado ser donantes.(17). Creemos que éstas medidas derivan de una ideología colectivista y socializante, que relega a un trámite burocrático ante un funcionario, habitualmente no capacitado para una tarea tan delicada y personal, una decisión trascendente respecto al uso de su cuerpo. Es en cierta medida una coacción contra la libertad de un ciudadano al pretender imponerle una opción difícil en una circunstancia estrictamente práctica y de trámite, no respetando el principio ético y legal privativo al ejercicio de la medicina como es el consentimiento informado.

Otra forma de utilizar al cadáver es tener en cuenta el llamado consentimiento presunto, por el cual es donante potencial, toda persona que no haya expresado de alguna manera su negativa a la donación. Sin embargo, aunque el cadáver sea "res communis", factible de ser usado para el bien común, "no se debe excluir completamente su vínculo de pertenencia afectiva por parte de los sobrevivientes "....." la consideración de la voluntad de los sobrevivientes tiene y conserva un peso de orden ético"(18). Todo el tema vinculado al consentimiento presunto o a la donación anticipada registrada en el documento de identidad, depende de una correcta educación de la población, tal como lo estipula el referido artículo 62 de la ley 24.193.

Donante vivo. Las donaciones de sangre o de médula ósea no plantean problemas.

El tema es más difícil en pulmón, pues su extirpación implica un riesgo muy alto. La realidad médica actual muestra posibilidades en los trasplantes con dador vivo en riñón e hígado. El riñón es un órgano par, con un sólo riñón se puede vivir. El hígado es un órgano impar, pero regenerable. La cirugía con el donante es poco riesgosa y compleja en riñón (0,1 a 0,2% de mortalidad, 2,5% de morbilidad)(19); en cambio los riesgos aumentan en el trasplante hepático. Éstos casos se vinculan fundamentalmente a trasplante de los progenitores a un hijo niño con patologías degenerativas del hígado. Las pautas para intervenir en éstas circunstancias se resumen así: (20)(con modificaciones)

a) Tiene que ser la única alternativa, donde juega papel importante la urgencia.

b) Ponderación responsable del riesgo para el donante y el real beneficio del receptor.

c) Inmejorables condiciones técnicas del lugar y equipo médico tratante.

e) El donante ha de ser adulto y competente, debe decidir sin coacción.

f) Información exhaustiva sobre indicación, beneficio, riesgos y alternativas

g) Consentimiento informado por escrito.

h) La urgencia de trasplante a un hijo puede obrar como coacción psicológica y emocional que impone prudencia.

Es importante hacer conocer una experiencia argentina al respecto (21). Para el grupo de trasplantes del Hospital Italiano de Bs. As.; el trasplante hepá-

tico es una terapéutica de elección para pacientes con enfermedad hepática terminal. La escasa disponibilidad de órganos cadavéricos limita su empleo, especialmente en niños, que son quienes tienen mejor pronóstico. Una forma de resolver la situación es con donante vivo relacionado familiarmente. Entre 1988 y 1997 se consideraron 224 pacientes y fueron trasplantados 69.

En 14 se utilizó un segmento hepático proveniente de alguno de sus progenitores. La sobrevida fue del 92%. Debe tenerse en cuenta que en lista de espera falleció el 56% de los niños. En el caso de adultos la cifra aumenta al 90%.

Surge aquí un tema de reflexión, y es el relativo a una posible retribución al donante.

No existen objeciones acerca de ofrecer a los deudos de un donante cadavérico, una compensación expresada por el pago de los gastos de funeral e inhumación. Es un arreglo entre las partes, o puede ser una medida oficial para procurar donantes. En cambio, la generalización de posibles maniobras comerciales con órganos es condenada por todos los organismos oficiales y por el sentido común. "El cuerpo humano y sus partes no pueden ser objeto de transacciones comerciales" recomienda la OMS(22). Rechaza incluso cualquier compensación o recompensa, como la que expusimos al principio del párrafo. Con ésta disposición se prohíbe todo tráfico de órganos humanos a cambio de pago. Es una disposición general para evitar situaciones dudosas, injustas o criminales. En las

Normas sobre el Trasplante de Órganos Humanos, de la Organización Mundial de la Salud, de las 9 pautas fundamentales, 5 de ellas se refieren a la prohibición de comercialización de órganos. La 9ª dice "A la luz de los principios de la justicia distributiva y la equidad, los órganos donados deberán ponerse a disposición de los pacientes atendiendo a la necesidad médica y no a criterios económicos u otras consideraciones". Éstas disposiciones tienen su razón de ser en criterios principistas, pero también ante la realidad de la existencia de mercados de órganos, tal como existe en India, que lo convierten en uno de los centros más grandes del mundo en transplante de riñón a bajo costo y con disponibilidad casi inmediata.(23). El tema gravísimo surge de suponer a través de que vías se obtienen esos órganos, que pueden surgir de la compra coercitiva a familias indigentes, o también del crimen organizado. Es un tema muy delicado en el cual es preferible ser rígido.

Donar órganos, ya sea de cadáver o en vivo, surge de una actitud de ofrenda solidaria de amor al prójimo. En el muerto, su vocación de amor y entrega más allá de la muerte; en el vivo, con mayor razón por los riesgos que entraña desprenderse de una parte de su organismo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta y ser motivo de reflexión, palabras de Pio XII, Papa de tan sabio y prolífico pensamiento sobre moral médica, quien, refiriéndose a la donación de corneas, dice(24): "¿Es necesario, además, como frecuentemente sucede, refutar

por principio cualquier recompensa?. La cuestión está planteada. Sin duda que pueden presentarse graves abusos si se exige una retribución; pero sería exagerado juzgar inmoral alguna aceptación o solicitud de compensación. El caso es análogo al de la transfusión de sangre; es un mérito del donador rehusar un pago, pero no es necesariamente una culpa el aceptarlo". Cabría distinguir en éste pensamiento la diferencia entre cadáver y ser vivo. Si bien en ambos puede darse la posibilidad de comercialización, en el vivo se corre un grave peligro de apañar situaciones lindantes con la criminalidad. Lo que Pio XII no considera ilícito es la "aceptación o solicitud de compensación", que no necesariamente debe ser monetaria, sino, como dijimos más arriba, vinculada a la inhumación y sepelio. La "aceptación" ante una oferta sobre órgano cadavérico podría atentar contra la justicia distributiva y la igualdad de oportunidades de los receptores. La "solicitud" debería ponderarse en función de ambas partes tratantes en cuanto sus disponibilidades económicas, para rechazar el chantaje o la coerción, no sólo del dinero sino de la situación social. Las legislaciones aportan mecanismos para hacer transparente la donación y la aceptación, actuando organismos especializados, garantizando la idoneidad y ética de los equipos médicos autorizados a efectuar trasplantes y separando responsabilidades médicas entre quienes comunican la existencia de órganos y efectúan el diagnóstico de muerte, o extraen los órganos, y quie-

nes los trasplantan. Es un tema resbaladizo donde es necesario mantener normas de convivencia basadas en la justicia y evitar arbitrariades y abusos. Repetimos que una cosa es plantearse ésto respecto al cadáver, y otra muy distinta saber que podría implementarse en el ser vivo, cosa desconocida cuando Pio XII habló. De hecho, si bien no debe comercializarse, se usa y se acepta la realidad del uso de sangre comprada.

Pero es un tema menos peligroso, pues el dador no pone en peligro su vida, y no es ilícito retribuirle su actitud.

Identidad de la persona. Es imprescindible éticamente preservar la identidad biológico procreativa del receptor. Quedan descartados los eventuales trasplantes de tronco-cabeza, sobre los que se ha experimentado desde las épocas de Carrel a principios de siglo.

La razón es que aportaría la identidad y memoria personal ligada al encéfalo. Sería inventar quirúrgicamente otra persona. Igual reflexión merece el trasplante de ovarios o testículos para garantizar fertilidad, pues las características del genoma del dador alterarían la identidad biológica de la descendencia del receptor. En ésta línea de acción experimental, no se descarta la constitución de órganos transgénicos en animales, con características inmunológicas compatibles con el ser humano, pasibles de ser usados para trasplante.

Es aceptable la utilización transitoria de un órgano de animal, como el hígado de cerdo, para mantener las funciones hepáticas de un ser humano, o el uso de

un corazón heterólogo que no tenga rechazo inmunológico, como bomba; o el del corazón artificial. Sería ilícito en cambio si existe incertidumbre de resultados y grave riesgo de rechazo.

El anencéfalo como donante. En los últimos años se ha difundido éste nuevo tipo de donante para niños. Éstos niños son por lo general prematuros con otras malformaciones, además de su falta de desarrollo cerebral. Por otra parte, éste trastorno encefálico hace muy difícil medir reflejos y verificar su evolución vital neurológica. Hay algunos que, salvo su anencefalia, no tienen otras alteraciones, por lo cual, como la muerte de éstos niños es precoz, son preservados o mantenidos con corazón latiente como dadores. El momento de muerte del tronco encefálico no es fácil de determinar en los anencéfalos, lo cual trae aparejadas reflexiones éticas, filosóficas y teológicas. Podemos decir en síntesis:

a) Es un individuo vivo de la especie humana, por lo tanto, digno de respeto como tal.

Ésta aseveración no es compartida por algunas escuelas utilitaristas en Bioética, como Singer y sus seguidores, quien sostiene que "El hecho de pertenecer a la especie homo sapiens no es relevante desde el punto de vista moral. Si hacemos una comparación entre un perro o un cerdo y un niño pequeño con serios defectos, muchas veces vemos que tales seres humanos no tienen capacidades superiores a aquellos"(25). Otro autor muy difundido, dice que quienes tienen derechos son las personas, pero

que "no todos los seres humanos son personas, porque no todos tienen la capacidad de razonar. Los fetos, los bebés, los retrasados mentales profundos son ejemplo de seres humanos que no son personas"(26). Dicho autor afirma que "Los costos enormes de criar un niño con graves desventajas físicas y mentales quitan validez a los usuales deberes de beneficencia hacia una entidad que todavía no es persona en sentido estricto"(27). Estas afirmaciones son muy importantes por su gran actualidad. No sólo son aplicadas a los fetos en general o a los anencéfalos en particular, sino al anciano inconciente, al moribundo, al síndrome vegetativo prolongado. Es más grave aun, el nuevo paradigma de salud de la OMS centrado en los costos, las prioridades de financiamiento de salud de los Estados emergentes o subdesarrollados, el control de natalidad, la regulación de las poblaciones, el abandonar a su suerte a los menores de 5 años.(28). Usar anencéfalos para trasplante, es la paradoja de una sociedad de consumo que quiere hacer vivir a otro ser humano con deficiencias orgánicas recuperables en una sociedad opulenta; y no deja vivir al niño desnutrido o enfermo con altos costos de atención médica en una sociedad de un país pobre. El objetivo pareciera ser no centrar el acto médico en el bien del paciente en si, por la necesidad de hacerle el bien como persona con una dignidad intrínseca, más allá de su utilidad; sino en procurar de él un adulto sano capaz de producir bienes materiales. Estas dis-

greciones sobre el tema del ser humano como persona, si bien las hemos abordado al hablar de los anencéfalos, son comunes a toda la problemática de los trasplantes, ya sean dadores o receptores, y particularmente a la consideración de posibles dadores a quienes padecen síndromes vegetativos prolongados, y a la definición de la muerte.

Volviendo al tema de los anencéfalos, para algunas corrientes de pensamiento médico y ético, sería comparable a un animal, por lo cual no habría objeciones de usarlos como dadores desde el momento de su nacimiento, teniendo en cuenta su escasa sobrevida y la posibilidad de conservarlos como reserva de órganos con corazón latiente con auxilio externo, aun cuando no haya muerto. Si en cambio se lo considera persona, no es lícito conservarlo como mera reserva utilitaria de órganos hasta que aparezca la oportunidad de su uso. Reiteramos que en éstos recién nacidos, la comprobación de potenciales evocados y de reflejos del tronco cerebral es difícil, debido a anomalías de sus pares craneanos. Por lo tanto, se prefiere el diagnóstico de muerte cardiovascular.(29)

b) Siendo una persona viva, es lícito que quede en observación con cuidados ordinarios hasta que se produzca o esté por concretarse el paro cardiorespiratorio; después del cual, ya sea de inmediato o con auxilio técnico de mantenimiento de oxigenación y corazón latiente, pueda hacerse uso de sus órganos.

Los criterios analizados someramente en inciso a. son válidos para su aplica-

ción al uso de tejidos extraídos de feto vivo, o de feto abortado vivo con objeto de usar sus tejidos. (30)

Criterios de selección. Los criterios de otorgamiento de órganos a quienes están en lista de espera en los organismos públicos responsables de éste tema, se han de basar en una razón de justicia equitativa; de no discriminación social, económica, cultural o étnica.

Sin embargo, la prioridad de solicitud en la lista no debería ser una condición imperativa de selección. Es necesario el criterio médico selectivo, conocer muy bien la situación clínica del receptor potencial, la urgencia, la mayor posibilidad de éxito terapéutico, la buena recepción inmunológica, la posibilidad de sobrevida, de correcta atención y seguimiento en el futuro.

Los únicos criterios de inclusión o exclusión, a pesar de estar en lista de espera, surgen de un ponderado análisis médico de la situación particular del receptor. Influyen la condición de adicto a las drogas, tabaquismo, alcoholismo, hepatitis, diabetes grave y edad del paciente. Debe garantizarse la gratuidad de la donación. A éste tema ya hemos hecho referencia. Creo que pueden ser factor que aliente las donaciones de cadáver, la compensación por gastos de sepelio y de atención médica. Es un tema a discutir y a considerar con enorme prudencia para evitar confusiones.

Costos. Es un tema complejo, sobretudo en sociedades emergentes, como los países subdesarrollados; o superpobladas, como Japón; o en comunidades

donde existen prioridades de salud en población joven y productiva. El tema de la justicia en el uso de recursos económicos escasos muchas veces no deriva sólo de prioridades en salud, sino de situaciones políticas, o realidades concretas de existencia de grupos e instituciones médicas especializadas de excelencia. Cabe la duda filosófica acerca de la necesidad de alentar los trasplantes. ¿No es lógico respetar la naturaleza de las cosas, el devenir de las enfermedades, la realidad de la muerte?. Pero las sociedades modernas piden y exigen el uso de tecnologías médicas que es muy difícil negar invocando razones de costos. Es el gran dilema de fin de siglo; es por otra parte el respetar el derecho a la salud y el no subordinar una indicación médica a criterios económicos. Nos desenvolvemos en sociedades medicalizadas, tributarias del perfeccionamiento de la tecnología médica, de una mejor salud general, con prolongación de la vida media, mayor incidencia de grandes inversiones asistenciales en población pasiva añosa, mayor complejidad de la atención clínica, farmacológica, quirúrgica y diagnóstica, mayor demanda de técnicas y tratamientos sofisticados y de alta complejidad, mayores costos, la salud como un derecho inalienable con insolubles problemas de financiación. Estas reflexiones son válidas sólo para las sociedades ricas y alguna parte de sociedades emergentes como la de nuestro país. De éstos temas no se discute en Africa, Ucrania, Centroamérica, gran parte de los países árabes, o

Europa del este. Son temas de la sociedad opulenta; y aun en ella muchas decisiones de cuidado médico están siendo subordinadas a la escases de recursos financieros. No cabe duda que es necesario establecer prioridades. En dichas sociedades, por su facilidad y necesidad en aumento, riñón e hígado son los órganos de primera línea. Existe una relación directa entre el número de enfermos tratados (diálisis, trasplantes, cuidados intensivos) y el Producto Nacional Bruto per cápita. (31). En nefropatías crónicas es mucho más alto el número de atendidos en Suiza, Estados Unidos, Dinamarca, Francia, Holanda y Alemania Occidental, que en Italia, Alemania oriental, Polonia y países del este.

Está fuera de discusión el éxito de los trasplantes. La supervivencia en varones de 40-45 años, con trasplante renal a 5 años fue del 55% con riñón funcionando, frente al 21% con cáncer de pulmón o el 45% con trombosis coronaria, ambas mortales.(32). Hay estudios sobre costos que avalan lo dicho, máxime teniendo en cuenta los costos de diálisis crónicas. Pero lo importante es seleccionar la población. Es el cuerpo médico quien tiene la enorme responsabilidad de decidir quien podrá sobrevivir en poblaciones críticas pasibles de trasplantes. La conciencia objetiva y la formación ética del cuerpo médico son esenciales para la toma de decisiones, enfrentados por un lado ante la necesidad de fijar prioridades asistenciales irrenunciables a su objetivo profesional y Juramento Hipo-

crático, y por otro, reales situaciones y presiones económicas insoslayables. Es otro de los grandes dilemas, de los grandes desafíos éticos.

Conclusiones: El trasplante de órganos constituye actualmente una forma novedosa de terapéutica, con indicaciones precisas y aceptación universal. El tema ha generado en los últimos 40 años diversos dilemas éticos, comenzando con sus primeras etapas experimentales y planteando en la actualidad preocupación por los grandes costos en sociedades con recursos financieros escasos. Es una alternativa de curación y prolongación de vida en varias enfermedades que, de otra forma serían mortales a corto plazo. Es una posibilidad de tratamiento que en ciertas circunstancias podría calificarse de extraordinaria, si bien en función de realidades de lugar y tiempo, y de posibilidades técnicas y financieras, no es desproporcionada. Su licitud deriva del cumplimiento del principio de finalidad terapéutica, pues su objetivo médico tiende al bien del paciente. Está legitimado por el Principio de Solidaridad en lo relacionado con la donación de órganos, expresión de caridad hacia el prójimo, principio acorde y vinculado al de Totalidad, por el cual se dispone de parte del propio cuerpo, máxime en dador vivo, para "un bien mayor, moral, superior, relativo" a la propia persona del donante como ofrenda, acto de entrega.(33).

Cumpliendo pautas éticas expuestas y comentadas, sólo cabe asegurar aspectos normativos legales que den garantías

en la determinación de la muerte, que aseguren el consentimiento informado, la selección médica responsable de los receptores más aptos, una correcta y justa distribución de recursos y un control de abusos derivados del posible comercio y lucro. Debe asegurarse la libertad personal del donante, libre de toda imposición o coacción.

Bibliografía

1. Artículos periodísticos diario La Nación, 1 junio 1990, mayo 1994, 5 junio 1996, 19 octubre 1998.
2. Editoriales diario La Nación, 6-3-1996 y 15-10-1998.
3. Pace, Rosa A. Aspectos éticos de los trasplantes de órganos. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. Organización Panamericana de la Salud. Santiago de Chile. 1997; 4:151-170.
4. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Rev. Fundación Facultad de Medicina UBA, 1998; 27:10-11.
5. Normas éticas internacionales para la investigación en sujetos humanos. Organización Mundial de la Salud. Org. Panamericana de la Salud. 1996.
6. Martínez Lage P., Martínez Lage J. M. El diagnóstico neurológico de la muerte. Manual de Bioética General. Director A. Polaino LLorente. Ed. Rialp, España. 1994; Cap. 27:407-422.
7. Rabinovich R. D. Régimen de trasplante de órganos y materiales anatómicos. Ley 24.193 y Dec. 773/93 Texto revisado y comentado. Ed. Astrea, Bs. As., 1994.
8. Singer P. Santity of life or quality of life?. Pediatrics, 1983; 73:128.— Ética Práctica. Cambridge Univ. Press. 2ª edición española, 1995; cap.4.
9. Gherardi C. La muerte cerebral y la muerte. Revista Medicina. Bs. As. Editorial 1997; 57:114-118
10. Sgreccia E. La persona e la vita. Dolentium Hominun 1986; 2:38-41.

11. Pio XII Discurso al Inst. Italiano de Genética "G. Mendel" sobre Reanimación y respiración artificial. 24 de noviembre 1957. Pio XII y las Ciencias Médicas. Ed. Guadalupe, Bs. As. 1961:306-311.
12. Juan Pablo II Discurso a la Pontificia Academia de Ciencias. La investigación científica y la reflexión moral deben caminar en espíritu de cooperación". 14 de diciembre 1989. L'Osservatore Romano 7 enero 1990. Ed. semanal argentina.
13. Monge M.A. Ética, salud y enfermedad. Ed. Palabra. Madrid, 1991:141-151.
14. Pio XII Discurso a los oftalmólogos, la Unión Italiana de ciegos y la Asoc. Italiana de dadores de córnea. La licitud de los trasplantes de córnea. 13 mayo 1956. Pio XII y las Ciencias Médicas. Obra citada.pag.243-249.
15. Juan Pablo II. Obra citada 12.
16. Monge Obra citada 13.
17. Editorial diario La Nación 15 octubre 1998.
18. Sgreccia E. Manual de Bioética.-Bioética y trasplante de órganos en el hombre. pag.572. Ed. Diana. Mexico, 1997. Cap. 14:559-588.
19. Pace. Obra citada
20. Pace. Obra citada
21. de Santibañez E., Ciardullo M. y colaboradores. Trasplante hepático con donante vivo relacionado. Rev.Arg.de Cirugía 1998; 74:159-167
22. OMS. Normas sobre trasplante de órganos humanos. 13 mayo 1991. Información Roemmers Abril-mayo 1992.
23. Mercado de trasplantes en la India. Información Roemmers agosto-setiembre 1993.
24. Pio XII. Obra citada 14.
25. Singer P. Obra citada 8
26. Engelhardt T. Los Fundamentos de la Bioética. Ed. Paidos, Barcelona, 1995:155, 165,257.
27. Engelhardt Obra citada pag 291.
28. Perez M. I. Nuevo paradigma de la salud de la OMS. Inst. de Ética Biomédica. Pontificia Universidad Católica Argentina. Agosto 1998.
29. Sgreccia E. Obra citada pag 579-582
30. Carrasco de Paula I., Colombo Gomez J. Trasplante de tejidos fetales. Manual de Bioética. Polaino Llorente. Obra citada Cap.9:193-202.
31. Wing A. Diálisis y trasplantes. Un reto al uso ético de los recursos. Problemas éticos en Medicina.
32. Wing A. Obra citada