

# Ética y Bioética para el Equipo de Salud

Por  
Horacio Dolcini y Jorge Yansenson.



Librería AKADIA  
Editorial.

Primera edición:  
2004.

Buenos Aires.

Este material  
es de uso  
exclusivamente  
didáctico.

<b>Capítulo 1</b> <i>BREVE HISTORIA EVOLUTIVA DE LA ÉTICA GENERAL y LA ÉTICA BIOMÉDICA EN LA CIVILIZACIÓN OCCIDENTAL</i> <i>Rolando C. Hereñú.....</i>	1
<b>Capítulo 2</b> <i>DERECHO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS y DERECHO A LA SALUD</i> <i>Alejandro Morlachetti.....</i>	17
<b>Capítulo 3</b> <i>EDUCACIÓN, ÉTICA y BIOÉTICA</i> <i>Horacio Alberto Dolcini y Jorge Fernando Yansenson.....</i>	39
<b>Capítulo 4</b> <i>DERECHOS y DEBERES DEL PACIENTE y DEL EQUIPO DE SALUD</i> <i>León Cubellum y Claudia Rocca.....</i>	47
<b>Capítulo 5</b> <i>SECRETO PROFESIONAL, CONFIDENCIALIDAD, SEGUNDA OPINIÓN, HISTORIA CLÍNICA, HONORARIOS</i> <i>Julio Ravioli.....</i>	57
<b>Capítulo 6</b> <i>PRINCIPIOS ÉTICOS EN PUBLICIDAD y DIFUSIÓN DE LAS NOTICIAS MÉDICAS</i> <i>Martha G Cora Eliseht.....</i>	73
<b>Capítulo 7</b> <i>LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD COMO INTEGRANTES DE INSTITUCIONES PÚBLICAS, PRIVADAS, JUDICIALES, COMERCIALES, INDUSTRIALES, ETC.</i> <i>Marcos Weinstein.....</i>	87
<b>Capítulo 8</b> <i>INVESTIGACIÓN y EXPERIMENTACIÓN HUMANAS</i> <i>Julio Néstor Cosen y Ródica H. de Cosen.....</i>	95
<b>Capítulo 9</b> <i>PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL COMIENZO DE LA VIDA (ABORTO, ANTICONCEPCIÓN, DIAGNÓSTICO PRENATAL y FERTILIZACIÓN ASISTIDA)</i> <i>Mario Sebastián.....</i>	
<b>Capítulo 10</b> <i>PROCEDIMIENTOS VINCULADOS A LA ABLACIÓN DE ORGANOS y TEJIDOS PARA TRASPLANTES</i> <i>Eduardo Tanus, Rafael Galíndez, María Elsa Barone, Beatriz Firmenich y Ignacio Magio... </i>	129
<b>Capítulo 11</b> <i>LA ÉTICA EN PSICOPATOLOGÍA (ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS, DROGADICTOS, ETC.)</i> <i>Luis A. Allegro y Fabián L. Allegro.....</i>	179

<b>Capítulo 12</b> <i>PROBLEMAS BIOÉTICOS EN SITUACIONES PARTICULARES (TOXICOMANÍAS, SIDA)</i> Mario A. Kameniecki.....	189
<b>Capítulo 13</b> <i>EL ENFERMO CON PATOLOGÍA TERMINAL. PAUTAS DE CONDUCTA ASISTENCIAL</i> Francisco M. Alvarinhas y Elisa A. Alvarinhas.....	197
<b>Capítulo 14</b> <i>ÉTICA y MALA PRAXIS</i> Nora Iraola y Hernán Gutiérrez Zaldívar.....	233

# 10 PROCEDIMIENTOS VINCULADOS A LA ABLACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRASPLANTES

*Eduardo Tanus, Rafael Galíndez, María Elsa Barone, Beatriz Firmenich e Ignacio Magio.*

## 1. CONSIDERACIONES GENERALES

El trasplante de órganos es un método terapéutico que puede prolongar la vida y ofrecer a los pacientes una alternativa valiosa en relación a la mejor calidad de vida comparándola con otras opciones terapéuticas.

Didier Houssin dice que *se trata de una técnica terapéutica especial, ya que se debe recurrir a un injerto viable. Introduce la necesidad de una tercera persona entre el médico y su paciente.*

Ésta y otras condiciones inherentes a los trasplantes hacen que el presente tema pueda ser abordado desde diversos enfoques. Nosotros lo haremos desde la perspectiva ética, estudiando someramente los antecedentes históricos de estas prácticas, para ahondar el análisis en las consideraciones vinculadas a los principales ejes de las mismas.

En ese marco nos referiremos fundamentalmente al *consentimiento informado, concepto de muerte, justicia y equidad* (donde se analizan el acceso del paciente a la lista de espera, el trasplante con donante vivo relacionado y no relacionado, y los criterios de justicia y distribución de órganos). Finalmente expondremos *otras alternativas* como el xenotrasplante y la clonación.

### 1.1. Antecedentes

#### 1.1.1. Los trasplantes

La tecnología moderna y el avance científico son dos trascendentes realidades que caracterizan, a través de sus logros y consecuencias, los últimos años del siglo XX.

Podemos señalar, entre tantas otras, las transformaciones que ha sufrido la medicina, alcanzando progresos casi impensados hasta hace poco tiempo, sobre la cantidad y la calidad de vida de las personas.

También es cierto que surgen frente a ese avance, problemas éticos y sociales que reclaman respuestas adecuadas.

Uno de los avances logrados es el tratamiento de ciertas enfermedades causadas por la pérdida de función de un órgano, mediante su reemplazo por otro órgano sano.

Este método terapéutico se denominó trasplante, y si bien ya se pensaba desde la antigüedad en esa posibilidad, sólo se hizo realidad a principios del siglo XX, con los primeros trasplantes de córnea.

Pero fue con el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, el desarrollo de la inmunología y de los procedimientos de depuración extracorpórea en la década de 1950, sumados al descubrimiento de nuevas drogas para evitar el rechazo del órgano trasplantado en las décadas de 1960 y 1970, los que imprimieron el mayor empuje a los trasplantes.

De modo tal que en la actualidad son diversos los órganos que se pueden trasplantar, convirtiéndose muchos de estos procedimientos en prácticas de rutina.

#### 1.1.2. La respuesta social

El advenimiento de los trasplantes de órganos con resultados aceptables genera en la medicina actual una serie de hechos que afectan el comportamiento de la comunidad médica, y algunas de sus consecuencias se proyectan a la sociedad toda.

Desde este enfoque se pueden observar, por ejemplo, las reacciones que se producen frente al reclamo de do naciones de órganos, o a la difusión pública del concepto de muerte cerebral.

Dichas reacciones se generan, frente al pedido desde los organismos oficiales, o asociaciones de bien público, de donaciones de órganos para después de la muerte.

Son notables, al respecto, las oscilaciones periódicas de la cantidad de estos donantes, coincidentes con los éxitos o los fracasos de trasplantes que toman estado público mediante los medios de difusión, las denuncias de presunto tráfico de órganos o la difícil explicación masiva del concepto de muerte cerebral.

Es importante considerar en este punto, la decisiva influencia que tienen las leyes de donación presunta, que con algunas variantes rigen en varios países, y que consisten en la disposición, por parte de los organismos del Estado, de los órganos de las personas fallecidas en condiciones de ser utilizados para trasplantes, si no mediase la voluntad de no donar expresada en vida.

Todos estos aspectos considerados, como es de esperar, se manifiestan dentro de un marco de complejos contenidos, que se vinculan con la historia, los valores, el significado de la muerte en las diversas culturas, la ética y el derecho, y trascienden a veces en forma de profundas controversias entre sectores de la comunidad.

### **1.1.3. Influencia sobre la relación médico-paciente**

También son apreciables los cambios que ciertamente se verifican en la relación médico-paciente, en el contexto de los trasplantes con donante vivo.

En este último caso, el médico, cuyo rol es curar la enfermedad se encuentra en una situación distinta y conflictiva pues tiene que tomar la decisión de extraer un órgano, a una persona en pleno estado de salud.

Esta situación enmarca un conjunto de conductas o de pensamientos, que según Durkheim "no solamente son exteriores al individuo, sino que están dotados de un poder imperativo y coercitivo en virtud del cual se le imponen quiera o no quiera."

Nos referimos a las expectativas que la sociedad tiene del rol médico tradicional y que no es precisamente el que el médico trasplantólogo va a cumplir en el acto de la ablación de un órgano a una persona sana.

Estos hechos, en consecuencia, y siguiendo a Durkheim, "no podrían confundirse con los fenómenos orgánicos, puesto que aquellos consisten en representaciones y en acciones; ni con los fenómenos psíquicos, los cuales no tienen existencia más que en la conciencia individual y por ella. Constituyen por consiguiente, una especie nueva y es a ellos a los que es necesario reservar y dar la calificación de *sociales*.

Podemos decir entonces que la vigencia de los trasplantes de órganos como una realidad terapéutica, afecta a la sociedad en general y a la relación médico-paciente en particular, en el caso de los trasplantes con donante vivo.

La insuficiencia renal crónica terminal se traduce en una incapacidad para sobrevivir en condiciones normales, y significa una condena a muerte a corto plazo. La depuración extrarrenal permite la sobrevivencia de estos pacientes por métodos supletorios (hemodiálisis, diálisis peritoneal), y la solución más adecuada sobrevendría en caso de realizarse un trasplante exitoso de riñón.

El riñón a trasplantar puede provenir de un donante cadavérico o de un donante vivo; en este segundo caso la selección del donante abarca varios aspectos: su relación familiar con el receptor, edad, estado clínico, psicológico y diversas consideraciones éticas.

Todo esto hace que, en este punto, la medicina se enfrente a una nueva situación, que puede ser observada y analizada desde diferentes puntos de vista, es decir, desde lo estrictamente médico, lo psicológico, lo legal, lo sociológico y lo ético.

Se plantea *un interrogante fundamental*, si tenemos en cuenta que la relación médica, según Parsons, es el resultado del mutuo engarce entre las expectativas institucionalizadas del paciente y las del médico:

*-¿Cómo se relaciona el médico trasplantólogo, que habitualmente ejerce el rol del profesional que cura la enfermedad, con el donante vivo de un órgano, que no es un enfermo, sino un sujeto sano que da una parte de sí para salvar una vida ?*

*¿Aparece acaso un nuevo sistema de relaciones no previsto dentro de la medicina? Evidentemente, surge un nuevo componente, el donante vivo, determinando la aparición de un*

*sistema triádico de relaciones* (médico -donante vivo-paciente), que incide, transformándola, sobre toda la red social de influencias en el contexto del trasplante de órganos. Lo hace mediante una espiral de presiones, que nace del requerimiento de un órgano por parte del paciente, que lo solicita con palabras o actitudes, o espera que se lo ofrezcan. El familiar, potencial donante, recibe esa señal del enfermo, del médico, o de ambos y de su familia de origen.

A su vez, su propia familia (esposa-hijos) ejerce presiones generalmente opuestas a la donación (¿qué pasará con su salud luego de la intervención?; ¿Podrá seguir trabajando?; ¿qué sucederá si uno de sus hijos necesita un riñón en el futuro?).

Los otros miembros del equipo médico suelen tomar posiciones al respecto, en uno u otro sentido. En caso de producirse escasas donaciones de familiares vivos, por razones de incompatibilidad, edad, enfermedad, temores o presiones en contra de la donación, crece el grupo de enfermos en espera de trasplantes, presionando a través de sus asociaciones a las instituciones públicas de procuración de órganos, para que por su intermedio se motive a los miembros de la sociedad a donar órganos para después de la muerte.

Como a pesar de los esfuerzos realizados, los órganos de donantes cadavéricos no son suficientes para la cantidad de pacientes en espera, ese requerimiento vuelve hacia los potenciales donantes vivos, cerrando el círculo de presiones en torno a la situación de trasplantes.

A esta hipótesis del juego de presiones, la concebimos como un enfoque de la integración micro-macro. Como lo consigna Ritzer en su "Teoría sociológica contemporánea", el más prometedor de los trabajos que integran teorías micro y macro es el que define lo micro en términos de lo macro y viceversa, centrado, por lo tanto, en una dialéctica constante.

Esta comunicación se establece entre la sociedad y la tríada médico -donante vivo-paciente en la situación de trasplante.

En la misma se ven afectados profundamente *el rol del médico*, que tiene que tomar la decisión de extraer el órgano de una persona sana, *el rol del donante*, que voluntariamente se va a transformar en paciente a través de la intervención quirúrgica, y *la interrelación de sus grupos familiares con el equipo de trasplante y la sociedad toda*.

A partir del nuevo sistema de relaciones que se genera, y que constituye el núcleo del problema que abordamos, aparecen con no menos fuerza otros interrogantes relacionados con el mismo, a los que se intentará dar respuesta en el marco de nuestra investigación:

-¿Qué influencia ejerce el conflicto de roles que se plantea en estos casos sobre la trascendente decisión que debe tomar el médico de extraer un órgano a una persona sana?

-¿Está el médico preparado de acuerdo a su historia ya su formación para definir una situación de esta naturaleza?

-¿De qué modo se afectan, en dicha situación, el equipo de trabajo del médico, los familiares del donante y receptor y los demás grupos relacionados con el trasplante?

-¿Qué implicancia social tiene el hecho de la donación de un órgano como factor de presión frente a los numerosos grupos familiares que se hallan afectados, por la existencia, dentro de los mismos, de un paciente que lo necesita y lo requiere?

-¿Cuáles deben ser los conocimientos y la experiencia que determinen la formación del médico trasplantólogo?

-¿Debe la Sociedad avalar al profesional que toma la decisión de actuar sobre un donante vivo por su sola condición de médico con experiencia en trasplantes?

-¿Dónde se ubican los parámetros externos de control ético?

-¿Deben existir otras instancias en este tipo de decisión?

-¿Es la relación médico-dador vivo distinta a la relación médico-receptor? ¿Es esta última relación más estable, más consistente?

-¿En este caso, se deteriora el equilibrio necesario para que el médico decida?

-¿Cómo se debe categorizar al conjunto de normas y funciones que cumple el médico frente al donante vivo en la situación de trasplante?

Éste y los demás problemas que se *generan* a partir de la incorporación del donante vivo se analizarán en el módulo 4.

## 1.2. Aspectos históricos y sociales

### 1.2.1. Antecedentes históricos

El hombre, desde que existe, ha sufrido enfermedades, y la manera en que las enfrentó en los primeros tiempos, se pierde en los comienzos de la historia.

Laín Entralgo observa y analiza, en su *Historia de la Medicina*, la relación recíproca y constante de Medicina y Sociedad.

Así, describe desde sus comienzos la situación social del sanador y la del enfermo, porque, tanto la actividad terapéutica como la interpretación de la enfermedad, se hallan condicionadas por la índole socioeconómica de la cultura a la que pertenecen: hay tantas *medicinas primitivas* como tantos patrones culturales de las que ellas son expresión.

Es, sin duda, interesante el estudio profundo y detallado de la evolución de la Medicina, pero nosotros tratamos de evocar aquellos aspectos que se vinculan con la *realidad de enfermar*; con las *expectativas sociales* generadas en torno al quehacer médico y a la *relación médico paciente* en el devenir de la Historia, para tratar de dar fundamento al *modo* de esa relación, que a nuestro criterio mantiene invariable su *sentido* (el *enfermo* acude al médico en busca de ayuda para *recuperar su salud*, y el *médico* ejerce su acción para *devolverle* al enfermo *la salud perdida*) hasta la mitad del siglo XX, y constituye el substrato de nuestra hipótesis en relación a la transformación de roles generada por la incorporación del donante vivo.

Así, queremos rescatar, uno de los principios básicos del pensamiento hipocrático: "favorecer, o al menos no perjudicar" (*Primum non nocere*).

Entre los siglos XV al XVIII se verifica el conocimiento científico del hombre y de la enfermedad, luego vendrá el *Positivismo* y, desde la primera guerra mundial, la *medicina actual* con los grandes adelantos tecnológicos.

Hacia fines del siglo XIX se establece una relación entre la medicina y la sociedad, o sea entre la medicina que se aprende y la que se practica, observada científicamente.

La realidad que se integra al quehacer del médico revela la trascendencia que posee para la medicina el carácter social del hombre que se va a enfermar, del que ya está enfermo y del médico mismo.

La relación entre el médico y el paciente, configura una estructura social a través de los roles que interactúan.

A partir de la finalización de la 1ª Guerra Mundial, se han producido adelantos importantes en el conocimiento médico y en su práctica. Debido a la imposibilidad de conocer ya exhaustivamente todas las teorías y las técnicas que hoy presiden el diagnóstico y el tratamiento, nace el "especialista".

La importancia creciente de los aspectos psicológicos, antropológicos, sociológicos y éticos de la medicina, hace necesario que esas disciplinas deban ser incorporadas al plan de estudios del médico.

En estas circunstancias, y avalados por el desarrollo de tecnologías hasta hace poco impensadas, aparecen en el mundo médico los trasplantes de órganos.

Si bien las primeras noticias que se recogen sobre los trasplantes parecen provenir de los antiguos manuscritos egipcios, se acepta que el primer trasplante de órganos documentado, data del año 286 después de Cristo, tratándose de un trasplante de pierna realizado por los hermanos Cosme y Damián en Egea o Siria.

Transcurrido muchos años con diversas experimentaciones al respecto, es a partir del siglo XX, que se comienzan a tener resultados exitosos en trasplantes de diversos órganos.

En nuestro país el primer trasplante renal se realizó antes que la primera hemodiálisis. Se trató de un injerto con donante cadavérico, efectuado en 1957. La primera hemodiálisis fue realizada en 1958 y en ese mismo año se realizó el segundo Trasplante Renal.

Los primeros trasplantes de córnea y de hueso en nuestro país se realizaron en 1928 y 1948 respectivamente.

Posteriormente se llevó a cabo el primer trasplante de corazón (1968).

En 1977 se sanciona la primera ley de trasplante por la cual se crea el Organismo Nacional de Procuración destinado al control y promoción de la donación, distribución, asignación y trasplante de órganos y tejidos (CUCAI).

En 1986 se modifica el criterio de muerte encefálica.

Se realizan el primer trasplante cardíaco pediátrico (1987); la primera ablación multiorgánica, primer trasplante hepático adulto y primer trasplante hepático pediátrico (1988).

En 1990 se realiza el primer trasplante cardiopulmonar, y se sanciona la ley 23.885 - INCUCAI- (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante).

En 1992 tienen lugar el primer trasplante simultáneo de páncreas segmentario y riñón, y el primer trasplante hepático pediátrico con donante vivo relacionado.

En 1993 se llevó a cabo el primer trasplante de pulmón doble, y el primer trasplante de páncreas. En el mismo año se sanciona la ley 24.193 referida al modelo descentralizado de procuración.

El primer trasplante simultáneo de duodeno, páncreas completo y riñón se realiza en 1994; en 1995 el primer trasplante simultáneo de islotes pancreáticos y riñón.

En 1997 se crea el Comité de Bioética del INCUCAI. Se realiza el primer trasplante hepatorenal adulto.

En 1998 se lleva a cabo el primer trasplante hepático adulto con donante vivo relacionado, y en 1999 el primer trasplante de intestino.

En todos esos años han ido surgiendo sociedades de pacientes trasplantados comprometidos con la problemática actual, que colaboran con la concientización de la población para un adecuado Plan de Trasplante.

### **1.2.2 Los Trasplantes y la Sociedad**

Con la aparición de los trasplantes de órganos en la Medicina, la Sociedad recibe con asombro y cierta perplejidad esa realidad, y, a medida que se conocen las diversas experiencias y sus resultados, surge también el problema de la donación de órganos para después de la muerte (es el caso de los potenciales donantes cadavéricos y de sus familiares) y, por otra parte, algunos órganos pueden ser donados en vida (donantes vivos), cuando esto presumiblemente no afecte la salud del que dona.

Desde los comienzos de la historia las personas sienten el deseo y la necesidad de ayudar al prójimo, es decir, *desprenderse* de algo valioso, sabiendo que es vital para otros.

Este deseo solidario, en el caso de donar órganos, muchas veces se ve frustrado por fantasías, miedos, prejuicios, y en la mayoría de las veces, insuficiente información.

Estos miedos e inseguridades acompañan a la mayoría de las personas, independientemente de su cultura o nivel social, desde el comienzo de los tiempos, y se originan en creencias arcaicas, incorporadas profundamente en la sociedad, y muy difíciles de explicar (y de erradicar).

La mayoría de las personas suelen creerse libres de este tipo de sentimientos y miedos irracionales, pero al enfrentarse con la muerte, especialmente de un ser querido, *aparecen los prejuicios atávicos (subyacentes), imponiéndonos su rigor milenario.*

De modo que, el concepto de *muerte encefálica*, ya aceptado en los organismos médicos, eclesiásticos y jurídicos, es aún campo de debate en el seno de algunas sociedades,

### **1.2.3 La Donación de Órganos. La Solidaridad**

*La solidaridad es una condición en un grupo caracterizada por la cohesión social y la acción cooperativa, tendiente a lograr metas grupales.*

Durkheim llama *Solidaridad mecánica* a la basada sobre la homogeneidad de valores y conducta, fuerte coacción social y lealtad a la acción y al parentesco; y *solidaridad orgánica* a un tipo de solidaridad social en la cual la unidad se basa sobre la interdependencia de un gran número de roles altamente especializados, que requiere la cooperación de casi todos los grupos e individuos de la Sociedad.

La llama *orgánica* porque la asimila a la unidad de un organismo biológico en la que las partes u órganos especializados deben trabajar en coordinación para que el organismo (o cualquiera de sus partes) sobreviva.

Al respecto, Jorge Carranza, en su obra *Los Trasplantes de Órganos* habla de los derechos personalísimos del hombre, de su integridad; pero frente al requerimiento de sus semejantes en caso de la necesidad de un órgano para salvar su vida, justifica la donación por la solidaridad.



En cuanto a los trasplantes con donantes vivos, hay un consenso casi unánime que deben realizarse con donantes relacionados (es decir, familiares) para evitar el comercio de órganos, que se suele dar por ej. en algunos países de Sudamérica o Asia donde la ley permite la donación entre personas no relacionadas familiarmente. En nuestro país sólo se admite la donación entre familiares.

En algunos países, actualmente, se ha revitalizado el debate del donante vivo no relacionado, partiendo de la interpretación del principio ético de respeto a la autonomía de las personas.

El manejo del delicado problema que representa el injerto de un órgano, que solidariamente dona una persona para permitir la sobrevivencia de un semejante, debe estar en manos de profesionales formados para tal fin.

A nuestro criterio, esa formación debería incluir conocimientos (además de los técnicos), legales, de psicología, antropología, historia de la medicina, sociología y ética.

### ***Problemas éticos actuales***

Hace 50 años el emprendimiento de un trasplante de órganos era prácticamente una aventura, porque si bien se apuntaba a salvar una vida era imposible predecir los resultados.

Hoy los trasplantes se han convertido en una rutina y el problema fundamental tiene que ver con la escasez de órganos para los mismos.

Entre esas dos etapas han ido surgiendo temas que acompañaban el desarrollo de estas técnicas, relacionados íntimamente con los principios de la bioética, a saber:

- **Beneficencia.** Se verifica cuando a través del trasplante hay una solución de problemas graves o se mejora la calidad de vida. Pero se debe respetar la historia y la cultura, como también la confidencialidad en el caso de los donantes cadavéricos y sus familiares. En los donantes vivos se debe preservar la dignidad de los mismos (las personas son un fin en sí mismo y no un medio), la integridad física y su futura calidad de vida.
- **No maleficencia.** Primero no dañar. Es necesario garantizar la seguridad en el proceso médico del trasplante. En el caso del donante vivo examinar a fondo las posibles presiones internas y externas del donante, evitando futuros deterioros psicológicos o físicos.
- **Autonomía.** Respetar las decisiones del donante y receptor y asegurar los beneficios del consentimiento informado.
- **Justicia.** Promover la transparencia en los organismos oficiales de procuración, para que la distribución de órganos y tejidos sea equitativa, como así también el acceso a la lista de espera para trasplante.

Cuando entran en conflicto algunos de estos principios entre sí, se deberá analizar profundamente cada caso particular para llegar a la toma de decisiones.

Como un ejemplo de esto, podemos mencionar la situación de trasplante con donante vivo, que ha modificado la esencia de la tradicional relación médico-paciente.

La incorporación del donante vivo promueve un dilema ético sustancial: *la remoción de un órgano en una persona sana es un acto médico no terapéutico que distorsiona el principio de no maleficencia (primum non nocere), regla básica de la ética médica.*

Aunque esta acción constituye un alto ejemplo de solidaridad nos preguntamos, si las herramientas tradicionales del médico son suficientes para enfrentar esta situación.

Consideramos que en estas circunstancias se tornan insuficientes, y sería oportuno apelar a la recomendación de un grupo interdisciplinario que analice desde distintas perspectivas los niveles de autonomía y competencia del donante vivo (deontológicas), y sus consecuencias beneficiosas para un semejante (teleológicas).

Diego Gracia dice que la vida moral debe acercarse tanto al enfoque deontológico como al teleológico, formulando un tercero que Habermas denomina "principio de complementariedad".

Éste consiste en colaborar en el desarrollo de las condiciones de aplicación del imperativo de no maleficencia, considerando las condiciones situacionales y contingentes.

Este principio presidido por la prudencia, sería un eje fundamental para acercarse a una solución de dicho dilema, sin conspirar contra la evolución de esta modalidad de trasplante.

Concluimos que el mencionado grupo, aplicando estas condiciones, aportaría sus argumentos en apoyo del médico trasplantólogo, pues éste en soledad, dependerá de su autoformación humanística, que no es la misma en todos los casos, alejándose de la posibilidad de decisiones justas.

## **2. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCURACIÓN y TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

*La influencia de la Doctrina del consentimiento informado viene teniendo una importante gravitación en nuestro país en especial en los últimos quince años. El respeto por dicha regla ética ha sido acompañado de un progresivo proceso de juridicalización de la misma tanto en el lenguaje normativo como en el discurso jurisprudencial y doctrinario. Es preciso reconocer que existen antecedentes previos, en especial en las normas de regulación del ejercicio profesional, en donde el médico ya estaba obligado a "respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo en los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio, o de delitos..."*

*Al mismo tiempo puede sostenerse que la doctrina del consentimiento informado tiene soporte y fundamento constitucional, en cuanto se encuentra en juego la protección del principio de dignidad y respeto por las personas, junto a valores e intereses derivados, tales como la intimidad y la libertad, entre otros. En la legislación sanitaria argentina, se encuentran vigentes normas particulares que exigen el consentimiento informado, como por ejemplo:*

- a) En protocolos que recluten sujetos para participar en experimentación biomédica y ensayos clínicos.*
- b) En la participación de personas comprometidas en procedimientos trasplantológicos, sean receptores y/o dadores de órganos y tejidos.*
- c) En el caso particular de serologías para la determinación directa e indirecta del virus vih.*
- d) En el derecho a la información del consumidor de servicios de salud.*
- e) El derecho a consentir tratamientos médicos se encuentra previsto en constituciones provinciales y legislación básica de salud.*

*La recepción normativa de la regla del consentimiento informado ha permitido requerir la necesidad de su utilización, ya no solo como imperativo moral sino, además, como mandato jurídico.*

*El riesgo de "Juridicalizar" el proceso de consentimiento informado, como legítimo intento de "desmedicalizarlo", puede traer aparejado un efecto no deseado, patentizado en el respeto y apego a la regla como la alternativa excluyente al síndrome judicial provocado por el miedo paralizante de la demanda de mala praxis.*

La jurisprudencia nacional utiliza la normativa vigente en un número creciente de sentencias en donde se fundamenta el alcance legal del consentimiento informado, clarificando su ámbito de aplicación y los elementos que lo integran, tales como la capacidad de comprensión y la extensión de la información suministrada con relación a los beneficios, riesgos y alternativas al plan médico ofrecido.

En el derecho comparado, si bien los primeros antecedentes corresponden a experiencias norteamericanas, en el ámbito europeo el proceso del consentimiento informado ha tenido una fuerte acogida a partir de la Convención de Derechos Humanos y Biomedicina (Oviedo, 4/4/97) suscrita por 21 países miembros del Consejo de Europa, en donde se establece como regla general en el art. 5º que una intervención médica pueda realizarse luego que el sujeto haya dado su consentimiento libre e informado y que previamente el sujeto deberá recibir información "adecuada", sobre la naturaleza y finalidad de la intervención, como así también sobre sus consecuencias y riesgos.

Las ventajas de aplicar y respetar la regla del consentimiento informado tienen múltiples razones, entre ellas pueden describirse las siguientes:

1) Como regla derivada del principio de dignidad y autonomía se utiliza como fórmula para solicitar permiso a personas expuestas a actos médicos.

2) Se apoya en valores asociados a la libertad de las personas, reconociendo que cada uno es el mejor juez para decidir sobre uno mismo; y aún si no fuera así, se prefiere que uno pueda elegir libremente, a elegir correctamente por imposición de otros.

3) Como el origen de la relación médico-paciente es una relación fiduciaria, en donde la confianza es un elemento integrador y constitutivo de la misma, se genera la obligación de brindar información para procurar una decisión esclarecida.

4) Es un instrumento necesario para armonizar y equilibrar las relaciones clínicas, neutralizando la utilización inapropiada del saber del experto frente a la orfandad cognitiva del profano.

## **2.1. Definición y elementos**

*La materialización del proceso del C. I. consiste en una declaración de voluntad realizada por una persona, a través de la cual, luego de haberse considerado las circunstancias de autonomía, evaluado su competencia y la comprensión de la información suministrada previamente referida al plan diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o ensayo de investigación, otorga su consentimiento para la ejecución del procedimiento ofrecido.*

Es preciso tener en cuenta que el consentimiento informado paulatinamente se ha transformado en el sustento de legitimación universal de cualquier procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico; no significa solamente una aproximación jurídica a la vinculación clínica, sino una juridicalización de la relación y de la medicina en general, si bien el proceso del C. I. se realiza dentro de un ámbito clínico, su epistemología básica es jurídica, aunque no se trate de un acto jurídico en sentido propio, sino más bien una declaración de voluntad o un mero acto lícito no negocial.

Es necesario reflexionar sobre el valor terapéutico del consentimiento informado, ya que un adecuado marco de contención, con suministro de información pertinente y respeto por la cosmovisión de los sujetos sobre los procesos de salud-enfermedad-atención, promueve comportamientos individuales y colectivos responsables. Es por ello que el consentimiento informado no debe considerarse como un paso más en la burocratización de la medicina asistencial, sino que debe "integrarse en la práctica clínica diaria".

Más allá de los riesgos del proceso de juridicalización, el consentimiento informado es un instrumento adecuado de estabilización y consolidación de las vinculaciones clínicas; se torna necesaria una aproximación jurídica para contrarrestar los efectos de una relación estructuralmente asimétrica.

La ausencia o un defectuoso proceso de consentimiento informado pueden constituirse en presupuesto de responsabilidad por mala práctica médica, independientemente de la ocurrencia de lesiones o daños físicos ya que conformaría una agresión en el paciente por haber actuado sin su voluntad y atentando contra su libertad, sería "...una intromisión irrespetuosa e injustificada y por ende reprobable en la esfera de la intimidad exclusiva y personalísima del paciente que puede producirle efectos perjudiciales a éste como a sus allegados..."

La jurisprudencia nacional ha entendido que el consentimiento es necesario para legitimar los procedimientos médicos que se realicen en las personas; existiendo casos de condena judicial cuando no se ha utilizado, o no se ha podido acreditar la instrumentación del consentimiento informado.

El C. I. no nace y se agota en la rúbrica de un formulario de autorización terapéutica, ello obedece más a cuestiones probatorias; el verdadero sentido del C. I. es considerarlo como un proceso que transcurre durante toda la relación médico-paciente; se ha indicado que los "procesos de consentimiento, entonces, deberían tener lugar bajo la forma de un amplio diálogo, en el cual se tome en cuenta las capacidades limitadas y específicas de cada paciente en particular para comprender lo que se le propone".

El consentimiento informado debe ser un instrumento de intercambio participativo y solidario, en donde el médico otorgando información reciba cooperación; y el paciente

entregando confianza y veracidad, reciba "atención atenta" a su autonomía y dignidad. En el proceso el médico no solo transfiere y selecciona información adecuada, también debe saber escuchar, para ello es preciso considerar un modelo interactivo, superador del modelo unidireccional "el médico sabe de enfermedad, el paciente sabe de sus necesidades".

Para que el C. I. sea un proceso bidireccional e interactivo es preciso que los médicos comprendan y acepten la forma en que los pacientes perciben y evalúan los riesgos y las ventajas de la medicina.

Para la valoración de las percepciones comunitarias sobre el proceso salud-enfermedad-atención en el C. I. es necesario atender a la realidad cultural y psicosocial de cada paciente.

En este sentido se ha manifestado la insuficiencia del rumbo fijado por la doctrina angloamericana del "informed consent", indicándose, con acierto, que los principios bioéticos son "abstractos, están fuera de las realidades morales y psicosociales y con una orientación anglosajona, masculina y clasemedista, que ignora el género, las historias de vida y las identidades culturales de los agentes morales", las autoras de esta visión crítica indican que debe atenderse a la complejidad de las situaciones a considerar: la naturaleza contextual de los dilemas bioéticos, el incrustamiento de los sistemas morales, los caracteres multiculturales de muchos de los dilemas bioéticos y por último, el desafío que implica considerar el campo de la bioética en sí mismo como un fenómeno cultural.

En la práctica clínica cotidiana, en la mayoría de los casos, los consentimientos no se formulan desde una perspectiva integradora entre los valores y creencias sociales y personales de los pacientes ya que solo "contemplan una sola *racionalidad*: la médica. Desde este punto de vista, la madre que no acepta someterse al test (de vih) es *irracional e irresponsable...*".

La tergiversación del C. I. como proceso de intercambio y de respeto por las diferencias y la autonomía de las personas opera cuando se lo utiliza para: a) Crear "patentes" de inmunidad moral y judicial; b) Preconstituir prueba para aminorar los síntomas del "síndrome judicial"; c) Cumplimentar con "engorrosas pautas administrativas y burocráticas"; d) Ejercer coacción a través de la manipulación en un asentimiento forzado y dirigido.

## **2.2. La información relevante**

Los dilemas que giran alrededor de la transferencia de la información médica en cuanto a la cantidad, oportunidad y destinatarios, constituyen uno de los principales problemas de la ética médica, inclusive a veces con consecuencias judiciales que gravitan en el ascenso de demandas por mala práctica médica.

En EEUU, un estudio reciente da cuenta que en la mayoría de los casos por mala práctica médica iniciados en la justicia han correspondido no a casos de negligencia, impericia o imprudencia, sino a que el resultado de la atención médica recibida fue distinto al pronosticado.

En ese ámbito se insistió en que "sólo el esfuerzo en lograr una comunicación fluida y permanente, entre médico y paciente puede alejar la sensación de ser, uno para otro, verdaderos "extraños morales", personas con valores distintos, que en un momento crítico deben saber vincularse entre sí.

Existen estudios que han demostrado la escasa comprensión de los pacientes de la información recibida en cuanto a la naturaleza, riesgos y beneficios de los tratamientos ofrecidos.

A lo largo del presente siglo en EEUU, la discusión sobre la cantidad y calidad de información para suministrar al paciente varío conforme distintos modelos. En un primer momento se utilizó el standard del "médico razonable", modelo que indicaba que la información a suministrar debía ser conforme a la seleccionada por un médico razonable de la misma especialidad; contra este modelo se argumentó que en realidad la valoración de la información "adecuada" debería realizarse conforme el recipiendario de dicha información, en consecuencia se pasa al standard de la "persona razonable". Se le achacó a este modelo la insuficiencia de un modelo abstracto de paciente razonable, razón por la cual se adopta en la actualidad el criterio "subjetivo", que atiende a las particularidades y necesidades de información en cada paciente individualmente considerado.

Para nuestro ámbito resulta preferible una aproximación totalizadora de la situación del paciente, es preciso que la determinación de la información relevante se realice considerando el "enclavamiento" cultural, social, familiar y personal de cada paciente.

A través de la analogía permitida por nuestro ordenamiento legal, corresponde adecuar la información del C. I. a las exigencias previstas en el art. 13° de la ley 24.193 en donde se indica que se deberá informar a cada paciente "de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación, sus secuelas físicas y psíquicas, ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes, así como las posibilidades de mejoría que, verosímilmente, puedan resultar...".

Considerando lo antedicho, se indicarán aquellos elementos que deben incorporarse a la información que brinden los equipos de salud, adecuándolos a cada caso en particular:

1) *Descripción del procedimiento*: Detallar en términos claros y comprensibles las características del procedimiento diagnóstico, terapéutico y/o quirúrgico. Cuales son los objetivos, la forma y el desarrollo del procedimiento. Explicar las razones por las que se ofrece el procedimiento y se desechan las alternativas, si las hubiese.

2) *Beneficios*: Deben señalarse los beneficios del procedimiento a corto, mediano y largo plazo. Se indicarán los beneficios generales y los personales en relación a cada paciente en particular, considerando su ámbito familiar, laboral y social.

3) *Riesgos*: Deben indicarse los riesgos, molestias y efectos secundarios posibles. Deben identificarse los riesgos típicos, frecuentes, o que siendo infrecuentes son muy graves (muerte, ceguera, parálisis, etc.). Para que un evento con posibilidades de materialización deba ser informado, debe considerarse no sólo la frecuencia, sino la magnitud del daño.

Deben también particularizarse aquellos riesgos que responden a las características de cada paciente, se ha demostrado que existen para la racionalidad médica riesgos aceptables y otros irracionales, es por ello que existen riesgos significativamente superiores para algunos pacientes (ej. pérdida temporal de capacidad laboral, sexual, etc.).

4) *Procedimientos alternativos*: Deben indicarse, si las hubiese las alternativas al procedimiento sugerido, con sus riesgos, molestias y efectos secundarios, explicación de los criterios médicos por los cuales se basa la recomendación.

5) *Ampliación incondicionada de la información*: Debe consignarse que el paciente tiene derecho a solicitar ampliación de la información o planteo de dudas e inquietudes en cualquier momento, sin que ello condicione su derecho a la atención.

6) *Revocabilidad del consentimiento*: Debe asegurarse al paciente el derecho a revocar su consentimiento en cualquier momento de la relación, sin que ello tampoco signifique suspender, limitar o condicionar su derecho a la atención.

El ámbito en donde se suministra la información es un aspecto a tener en cuenta, ya que a la par de la regla del consentimiento, se articulan otras como la de confidencialidad, por lo tanto debe buscarse un espacio que asegure privacidad e intimidad durante el encuentro de intercambio de información.

De la misma forma una vez otorgada la información debe asegurarse un tiempo prudencial para que el paciente elabore, comprenda y eventualmente discuta con familiares o amigos, hasta que el mismo otorgue su consentimiento. En procedimientos programados se puede utilizar la guía de la Ley 24.193, que estipula un plazo de 48 hs. para la comprensión de la información suministrada, amén que el paciente reclame un tiempo mayor.

### **2.3. El derecho a la información**

*El principio general es que debe suministrarse la información a la persona que tiene que participar en la decisión sobre el procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico ofrecido.*

*La persona que participe en el C. I., debe manifestar decisiones autónomas y ser competente para poder comprender y consentir.*

El C. I. es un acto lícito no negocial, esto significa que al no constituir un acto jurídico no está sujeto a las reglas generales de capacidad previstas por el ordenamiento jurídico, en especial el Código Civil.

Es conveniente distinguir la capacidad jurídica de la autonomía y competencia necesarias para tomar decisiones clínicas, la confusión se generaliza al pretender otorgar significación

jurídica al término "capacidad", desnaturalizando al C. I. y convirtiéndolo en un acto jurídico formal.

*El art. 31 del C. C. indica que capacidad de derecho es la facultad de adquirir derechos y contraer obligaciones, mientras que la capacidad de hecho es la posibilidad de ejercer dicha facultad, sin la intervención de representantes. El principio general es que todas las personas son capaces, a menos que la ley expresamente declare incapaces a algunas personas para realizar ciertos actos jurídicos. No existe incapacidad de derecho absoluta, mientras que si pueden existir casos de incapacidad de hecho absoluta: las personas por nacer, los menores impúberes (menores de 14 años), los dementes y los sordomudos que no pueden hacerse entender por escrito. Son incapaces relativos los menores adultos (entre 14 y 21 años).*

La capacidad de hecho puede confundirse con el concepto de competencia, en el sentido de significar ambos conceptos una facultad para poder realizar determinados actos o ejercer derechos, como por ejemplo otorgar el consentimiento para determinados procedimientos médicos; pero a poco de profundizar la cuestión queda claro que la determinación de competencia obedece a criterios flexibles y dinámicos, evaluados en cada caso particular, mientras que la capacidad de hecho, en general, surge a través de consideraciones rígidas y generales, tales como las determinaciones cronológico-legales (menores impúberes, menores adultos) o médico-forenses (dementes, inhabilitados).

Un elemento importante que puede utilizarse durante el proceso del C. I. es la influencia jurídica sobre la noción de que la capacidad es la regla, y la incapacidad es la excepción; razón por la cual se presume, salvo prueba en contrario, que todas las personas gozan de capacidad.

#### **2.4. El derecho de los menores a participar en el proceso del C. I.**

*Retomando lo afirmado sobre la naturaleza jurídica del C. I. como un mero acto lícito no negocial, las reglas duras sobre capacidad e incapacidad de derecho y de hecho no son aplicables, en principio entonces correspondería dar participación activa al menor en el proceso del C. I.*

Existen fundamentos de distinta índole para defender la participación de los menores, especialmente los menores adultos (entre 14 y 21 años) en el C. I. Los fundamentos jurídicos tienen que ver, en primer lugar, luego de la recepción constitucional de la Convención Internacional de Derechos del Niño, que establece que el niño es persona humana, sujeto y titular de derechos y obligaciones; razón por la cual debe considerárselo siempre fin en sí mismo, nunca como medio, respetando su esencia como sujeto y no objeto.

Además de los derechos propios de su condición de persona, los niños poseen derechos específicos que protegen su vulnerabilidad y tienden a favorecer su crecimiento y formación, el principio de más alto rango en la declaración es el del mejor interés del niño.

El C. I. se considera desde un punto de vista como un derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas; como derecho personalísimo tiene las características de ser innato, vitalicio, necesario, extrapatrimonial, privado, absoluto y relativamente indisponible, entre otros caracteres.

Estas características permiten inferir que el C. I. es intransferible como principio general, salvo que manifiestas razones de inmadurez e incompetencia no permitan ejercerlo al menor por sí mismo; en algunos actos vinculados al ejercicio de derechos personalísimos, se establece que el consentimiento del menor es personal e indelegable, tales como el consentimiento matrimonial, el reconocimiento de hijos.

La indicación global es que el menor pueda ejercer su derecho a participar en el C. I. en forma armónica con los deberes de los padres que emanan del ejercicio de la patria potestad, en tal sentido la Convención brinda pautas de orientación al precisar en el art. 5º, que las facultades conferidas a los padres o representantes les son otorgadas con el objetivo de "impartirlas en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente convención".

Los deberes emergentes de la patria potestad o de la representación legal del menor, no pueden ejercerse abusivamente, se debe siempre respetar el mejor interés del niño y estimular su participación responsable, el artículo doce de la Convención establece claramente que "Los Estados Partes, garantizarán al niño que esté en condiciones de conformarse un juicio propio, el

derecho de expresar su opinión libremente, en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño en función de la edad y madurez del niño".

Solamente en aquellos casos en que en la relación triangular entre padres, hijos y equipo de salud se resquebraja por diversidad de posiciones que puedan afectar el mejor interés del niño, debe darse paso a la intervención judicial como última alternativa de protección al menor.

El consentimiento del paciente por constituir una manifestación de la voluntad es preciso realizarlo con discernimiento, que por imperio del art. 921 del Código Civil se adquiere a los 14 años.

Existe una tendencia a cambiar la concepción que vislumbraba la competencia de cualquier menor para tomar decisiones sobre su integridad física por limitación a una edad predeterminada, por la idea de la capacidad natural de juicio.

En el derecho comparado la evolución ha seguido ese horizonte" en Inglaterra desde 1969 se autoriza a los adolescentes de 16 y 17 años a consentir tratamiento quirúrgicos, médicos y odontológicos, dándose preeminencia a sus decisiones, independientemente de la opinión de sus padres o representantes. El Acta de los Derechos del Niño de 1989, permite aun niño con suficiente entendimiento, tomar decisión informada para rehusar someterse a valoraciones médicas psiquiátricas entre otras medidas judiciales.

En EEUU existen tres estatutos legales que atribuyen facultades a los menores para consentir tratamientos médicos

1. Los que permiten a menores sin distinción de edad dar consentimiento sobre determinados tratamientos: enfermedades de transmisión sexual, adicciones, exámenes por abuso sexual.
2. Los que a partir de determinada edad atribuyen a los menores facultad de consentir una categoría de tratamientos: a partir de los 14 años tratamiento odontológicos y de salud mental.
3. Los que a partir de una edad determinada les permiten consentir un tipo específico de práctica: a partir de los 14 años donación de materiales humanos no renovables, a partir de los doce años cuando fueron víctimas de un ataque sexual.

En Francia la Corte de Apelaciones de Nancy, reconoció a un menor de 14 años su derecho al "rechazo informado" de un tratamiento contra el cáncer por la gran cantidad de efectos nocivos de la terapéutica oncológica.

Publicaciones científicas especializadas en la atención de niños han avalado el criterio de capacidad natural de comprensión por sobre los criterios de determinación cronológico-legal; se ha indicado que "el papel que le corresponde al niño en el plan de tratamiento depende más de su grado de crecimiento y aptitud personal que de su edad. Así, por ejemplo, aunque por lo general los niños de 10 años tienen menos capacidad para comprender conceptos abstractos que los adolescentes, algunos pueden pensar y actuar con mayor madurez... A medida que se hacen mayores y sus aptitudes aumentan, se les debe incluir de manera más plena en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Los niños de más edad y adolescentes pueden tener valores religiosos o de otra índole que condicionen su respuesta a la enfermedad y al tratamiento...".

En igual sentido se estableció que "...la ley y sus principios éticos subyacentes reconocen que el crecimiento y desarrollo de los niños desde la infancia a la adolescencia pasa por la maduración progresiva de la facultad participativa del niño en la toma de decisiones importantes, incluidas las que atañen al cuidado de su salud...Se debería respetar el derecho a la autodeterminación en aquellos pacientes adolescentes capaces de comprender en qué estado se encuentran y las consecuencias de sus decisiones, mediante invitarlos a participar en forma de decisiones...".

En el ámbito del derecho europeo continental, el Instituto Nacional de Salud Español estableció que "...es de subrayar que la prestación del consentimiento podrá otorgarla por sí mismo el menor de edad al tratarse de un acto relativo a derechos de la personalidad, conforme el artículo 162, inciso 1 del Código Civil... de acuerdo con sus condiciones de madurez...El incumplimiento de estas obligaciones por parte del médico y equipo médico dará lugar o podrá darlo, sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria, a las responsabilidades civiles o penales que hubiere lugar..."

También en España, el Decano de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid señaló que "...en caso de conflicto entre la voluntad del paciente menor de edad, pero con capacidad natural de juicio y de discernimiento, y la del representante legal, el médico ha de atenerse a aquella (la voluntad del menor capaz de decidir), pues en el tratamiento médico, donde están en juego bienes tan personales como la salud o la vida del paciente, tiene carácter preferente la voluntad de éste, aunque sea menor de edad, si puede comprender el alcance del acto al que se va a someter y reúne las condiciones de madurez suficientes para consentir..."

En Latinoamérica, más precisamente en Costa Rica, donde existen elevados índices de salud en población infantil y adolescente, se acordó que en razón de la recepción de la Convención Internacional de Derechos del Niño: "...no se puede disponer de un menor sin tomar en cuenta su parecer, para lo cual, asimismo deberá mediar necesariamente una evaluación del grado de madurez existente en el niño menor de dieciocho años pero mayor de doce años de edad".

En Canadá un miembro de un tribunal superior estableció, en el caso de un menor de 15 años que había rechazado transfusiones de sangre, lo siguiente: "...Creo, que él es lo suficientemente maduro como para expresar una opinión sólida, como así me lo ha demostrado. Estoy convencido de que se trata de un joven adulto y maduro. Su voluntad es que no se le administren productos sanguíneos y, además estoy convencido de que si la directora, amparada por una orden de este Tribunal, contrariara de algún modo sus deseos, su bienestar personal sufriría -en un sentido muy real- un duro revés, pues creo que SU deseo de luchar contra la enfermedad y de colaborar con el tratamiento se verían seriamente afectados..."

En conclusión, por los argumentos y referencias señaladas, corresponde en el ámbito nacional integrar en el proceso del C. I, tanto en lo que respecta al manejo de la información, como a la posibilidad de consentir, una debida participación a los menores adultos, valorando previamente criterios de autonomía y competencia en cada caso particular, y en aquellos casos en que exista reducción de los mismos, la responsabilidad de los equipos de salud consistirá en la promoción de la autonomía del menor y en la remoción de aquellos obstáculos que le impidan tomar decisiones esclarecidas y responsables.

## **2.5. La obligación de informar**

*La responsabilidad de informar le corresponde al médico tratante, encargado principal de la atención del paciente, sin perjuicio de la responsabilidad de cada profesional especialista de brindar información sobre las características, beneficios, riesgos y alternativas de cada procedimiento particular.*

*Frecuentemente algunas especialidades médicas se integran a través de la formación de varios profesionales que se alternan en la atención del paciente, no obstante ello es recomendable que el responsable de dar la información sea siempre la misma persona.*

En el caso particular del vih/sida, la ley vigente local indica que cuando se menciona al profesional que detecta el virus debe entenderse que se refiere al médico tratante.

El art. 8° de la ley 23.798, establece que es el médico tratante quién debe comunicar el resultado reactivo de la serología para vih y que en el mismo acto de notificación debe comunicar a la persona el carácter infectocontagioso y los mecanismos de transmisión del virus y el derecho a la asistencia médica.

A lo largo del trabajo asistencial durante más de quince años en vih/sida, se ha demostrado la utilidad de la implementación de sucesivas etapas de comunicación y consejo denominadas precounseling y counesling propiamente dicho. El trabajo consistente en el manejo de la información en vih/sida, tanto en forma previa, como en el particular momento de la notificación ha quedado en manos de profesionales psicoterapeutas, que han demostrado un manejo más adecuado de la relación en términos de consejo, notificación y contención.

La responsabilidad de notificar delegada por el médico que solicita el test en el psicólogo no significa transgredir los términos de la ley, ya que el mismo cuerpo normativo, establece por otro lado que el manejo de la información lo deben compartir todos aquellos que participan necesariamente en el tratamiento.

Existe una experiencia en la región de Paraná, provincia de Entre Ríos, en donde los procesos de comunicación y transferencia de la información, están a cargo de personas que viven con vih/sida debidamente entrenadas y supervisadas. Este estilo de trabajo ha demostrado



altos niveles de contención y compromiso, tanto en materia asistencial, como en la prevención del vih/sida.

En consecuencia, tanto en la etapa previa, como en la notificación y el consejo posterior pueden participar intergestivamente el médico tratante y el profesional psicoterapeuta; participación que durante años ha demostrado brindar elevados niveles de contención y mejor manejo en el suministro de la información, promoviendo comportamientos individuales responsables.

## **2.6. Autonomía y capacidad para participar del proceso de C. I.**

Es frecuente la confusión entre los términos capacidad de hecho, en términos jurídicos, y la autonomía, como principio introducido por la bioética, y competencia, como facultad para expresar una decisión en el proceso del C. I.

Dada la naturaleza informal del C. I. desde la perspectiva jurídica, los requisitos legales para la capacidad de hecho no resultan aplicables, ya que se trata de una manifestación de voluntad no negocial.

A pesar de las diferencias conceptuales, existen elementos jurídicos que pueden ser aplicados y armonizados con el principio de autonomía y los criterios de competencia e incompetencia para participar del C. I.

Para que una decisión tenga relevancia jurídica y sea considerada como voluntaria deben existir tres elementos internos: discernimiento, intención y libertad y un elemento externo: la exteriorización de la voluntad.

El discernimiento consiste en la madurez intelectual necesaria para razonar, comprender y valorar el acto y sus consecuencias, es la aptitud para distinguir (discernir) lo conveniente de lo que no lo es y la ley presume que se adquiere a los 14 años; la intención es la voluntad para realizar un acto concreto y determinado; mientras que la libertad es la posibilidad de elegir o rechazar "espontáneamente" una alternativa entre varias opciones posibles, es conducirse por motivos propios.

La falta de discernimiento se presenta por razones de inmadurez en menores impúberes, por procesos psicopatológicos, en dementes, declarados o no, salvo intervalos lúcidos, y en inhabilitados, en la medida en que esté limitada la capacidad de discernir y en quienes perdieron accidentalmente la razón, aunque sean capaces o no se encuentren interdictos.

El discernimiento es conceptualmente distinto a la capacidad, aquel es la facultad de realizar juicios razonables, ésta es la de ejecutar actos jurídicos. Por ejemplo el demente interdicto que se halla en un intervalo lúcido o el menor adulto, tienen discernimiento, pero capacidad de hecho limitada, a pesar de ello podrían participar del C. I. En sentido contrario el adulto no interdicto, accidentalmente intoxicado, tiene capacidad, pero no discernimiento, en consecuencia no podrá manifestar una decisión eficaz durante el proceso del C. I.

La intención como elemento interno de la manifestación voluntaria puede verse afectada por el error, la ignorancia o el dolo, interpretado éste último como vicio de la voluntad y caracterizado como la aserción de lo que es falso o disimulación de lo verdadero, como cualquier artificio, astucia o maquinación que se emplee con el fin de conseguir la ejecución de un acto. El dolo como vicio de la voluntad se puede materializar en aquellas relaciones clínicas donde el C. I. se encuentra contaminado por la manipulación o el manejo inadecuado del componente transferencial.

La falta de libertad, puede acontecer por la fuerza (coacción física) o por la intimidación (coacción moral), de acuerdo al ordenamiento previsto en el Código Civil, guardan singular paralelismo con alguna de las condiciones descritas por la bioética para la decisión autónoma: la ausencia de coacción interna y externa.

El elemento externo necesario, jurídicamente, para considerar la voluntariedad de una manifestación, consiste en que la misma sea exteriorizable a través de algún signo, como se describirá más adelante. Puede acontecer que exista contradicción entre los elementos internos y externos, para resolver dichos dilemas se han desarrollado distintas corrientes de interpretación de la declaración: una privilegia la voluntad real, más allá de lo declarado, otra en sentido inverso, interpreta que lo importante es lo manifestado en la exteriorización de la voluntad; distinta es la línea de interpretación que se basa en la responsabilidad del declarante, y en su

culpa, haciéndole responsable por su declaración; existe otra corriente que se basa en la teoría de la confianza, indicando que si las expectativas creadas en el receptor, han sido efectivas, prevalecerá el contenido de esa declaración. El Código Civil adoptó la teoría de la voluntad, aunque en algunos supuestos hace prevalecer la declaración cuando existan razones vinculadas a la buena fe y la seguridad de las transacciones.

Junto a la genealogía jurídica del C. I., como proceso en general, y como declaración de voluntad, en particular, se encuentra singularmente arraigado con el principio de respeto por la autonomía, introducido por la bioética.

En los últimos veinticinco años la autonomía se ha constituido en un principio central de la bioética, especialmente en la tradición anglosajona; pero al mismo tiempo se trata de un término equívoco que carece de una definición estándar.

La autonomía puede caracterizar distintas situaciones: por un lado la facultad de autogobierno y autodeterminación; y por otro como capacidad de los individuos y propiedad de sus acciones. El informe Belmont estableció tres principios éticos, respeto por las personas, beneficencia y justicia. El informe establece que el respeto por las personas, luego definido como principio de autonomía "incorpora al menos dos convicciones éticas: primera, que los individuos deberían ser tratados como entre autónomos, y segunda, que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección", indicando luego que ente autónomo es aquel "individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para ello".

El principio de autonomía ha recibido algunas críticas, fundamentadas por la insuficiencia de consideración sobre valores culturales e ideológicos que pueden condicionar la aplicación del principio.

Una de las críticas se centró en determinar que se presenta a la autonomía como un rasgo natural del hombre occidental, silenciando su origen ideológico vinculado a la filosofía de la Ilustración; se otorga a la autonomía rango de característica natural de las personas, precisando que la exacerbación de la autonomía niega la persona del "otro" en la vida de una persona, concluyendo que el principio es una "forma particular de vida, una adquisición social y un producto de la "enculturación" humana... los pacientes no manifiestan autonomía en primera instancia... el concepto de autonomía es ideológico en cuanto concierne a los patrones de conocimiento, y está relacionado con una forma de vida impuesta, más que con un dato natural.

Otras críticas han apuntado que la orientación liberal del concepto de autonomía no considera una concepción más amplia, tal como un principio moral "adecuado para la defensa de un derecho igualitario a la salud. Esto supone trasladar el concepto de autonomía como categoría descriptiva y evaluativa destinada a resolver sólo problemas de aplicación hacia el nivel ético-político de fundamentación de principios de justicia distributiva".

No obstante la equivocidad del término se ha indicado que la autonomía, para la bioética, consiste en la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción.

Uno de los impulsores del principio, ha indicado, recientemente tras las críticas, que es un error utilizar el término "autonomía" o "principio de autonomía", cuando en realidad debería mencionarse "principio de respeto por la autonomía".

El autor ha señalado que el ideal de autonomía personal no es una derivación o "implicación" del principio de respeto por la autonomía personal, ya que este principio sólo obliga a respetar las elecciones autónomas de las personas. El autor señala que existen decisiones de primer y segundo orden, aquellas son las que giran alrededor de lo correcto o incorrecto de formas particulares de conducta, mientras que las últimas consisten en la elección sobre qué personas o instituciones van a decidir las cuestiones de primer orden; por ejemplo cuando se delega en el médico la decisión terapéutica; aunque ello constituya heteronomía (gobierno por otro) debe respetarse acabadamente la autonomía de segundo orden.

El principio de respeto por la autonomía puede definirse tanto negativamente, como la incorrección de influir restrictiva e indebidamente en las acciones de los demás, como también positivamente cuando engendra una obligación positiva de revelar información y fomentar la toma de decisiones autónomas. Existe, una diferenciación oportuna entre persona autónoma y acción autónoma, al considerar el consentimiento informado como proceso decisional algunos autores prefieren hablar de acto autónomo, en lugar de persona autónoma. Un acto autónomo es el que satisface los criterios del C. I., es decir es "una decisión y un acto sin restricciones internas, ni externas, con tanta información como exige el caso y acorde con la evaluación hecha por la persona en el momento de tomar una decisión".

Para que las decisiones de las personas se reputen autónomas deben: 1) basarse en un conocimiento suficiente; 2) mostrar (comprensión e intencionalidad relacionada; 3) no estar coaccionadas interna (dolor, sufrimiento, depresión, miedo, etc.) ni externamente (figuras autoritarias, el médico, la institución).

El deber de brindar información del miembro del equipo de salud esta relacionado con el requisito del conocimiento, ya que su ausencia o insuficiencia pueden limitar las opciones de elección.

De la misma forma la comprensión de la información suministrada, entendida como capacidad del paciente para valorar cognoscitivamente la información, las consecuencias de su estado y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, es imprescindible para considerar autónoma una elección o decisión.

La compatibilidad entre criterios fijados por el Derecho y por la Bioética en materia de respeto por la autonomía permite insinuar las siguientes recomendaciones:

- a) Debe presumirse la capacidad y la autonomía de las personas, mientras no se demuestren vicios de la voluntad o restricciones en las condiciones de la autonomía.
- b) Las circunstancias exigidas para que un acto se considere autónomo guardan un fuerte paralelismo con los requisitos normativos para considerar la voluntariedad del consentimiento: información y comprensión (discernimiento), ausencia de coacción (libertad) y decisión esclarecida (intención).
- c) Existe clara analogía entre los conceptos jurídicos de capacidad de derecho y de hecho, con el principio de respeto por la autonomía y los criterios de competencia. En el primer caso (capacidad de derecho y autonomía) no existen incapacidades o restricciones absolutas, mientras que en el segundo (capacidad de hecho y competencia), pueden existir limitaciones totales. La capacidad de derecho es la facultad de las personas para ser titulares de derechos, no existen incapaces de derecho absoluto, de la misma manera el principio de autonomía debe considerarse como el deber de respetar la integridad de las personas, no existe, en consecuencia autonomía inexistente, todas las personas gozan del derecho a que se respete su autonomía. Aún siendo titulares de derechos las personas pueden carecer de capacidad (de hecho) para ejercerlos por sí mismos, en forma absoluta o relativa, de la misma forma la competencia tiene que ver con la facultad para poder tomar decisiones autónomas.
- d) La autonomía debe valorarse equilibradamente durante el proceso del C. I., de manera que no obstruya la autonomía científica y moral de cada miembro del equipo de salud. Se ha precisado que el médico tratante "debe tomar la decisión "por y con el paciente"; "por" no significa "en lugar del paciente", sino "por sus intereses". Esta formulación preserva el derecho legal ala intimidad, el derecho moral a la autonomía y el derecho moral más profundo a la integridad de las personas."

### **3. CONCEPTO DE MUERTE. PERSPECTIVAS ÉTICAS**

#### **3.1. Antecedentes históricos y evolutivos**

La muerte, evento que marca el fin de la vida biológica de los seres humanos, ha sido tema de numerosos debates desde los comienzos de la humanidad, siendo entonces atravesada por las diversas cosmovisiones antropológicas y culturales del hombre y por los distintos saberes, entre otros por un tipo de saber normativo tal como es la ética, más específicamente la bioética.

Esta disciplina aborda diversas cuestiones entorno al "*final de la vida*", es así que los debates acerca de temas como *eutanasia, dignidad para morir; cuidados paliativos, futilidad médica, encarnizamiento terapéutico, calidad de vida, definición y criterios de muerte*, tienen permanente vigencia.

Los avances tecnológicos de la segunda mitad del siglo XX tienen su aplicación práctica en diversos ámbitos, incluido el médico, es de particular interés el desarrollo de las unidades de terapia intensiva y la posibilidad de la asistencia respiratoria mecánica que generan nuevas posibilidades terapéuticas a los pacientes, dando lugar además a nuevas situaciones clínicas diversas entre otras el "coma depasse" o el estado vegetativo persistente, desconocidos hasta ese momento.

Estas mismas compelen a los médicos a tener que redefinir cada una de ellas y cuál sería la conducta a seguir en cada caso particular. Cobrando gran importancia el debate en cuanto a que se denomina "muerte", y si estos casos estarían englobados dentro de esta misma definición o no.

Es entonces que los ritos y posturas frente a la muerte a lo largo de los siglos toman otra vez vigencia a fin de que puedan iluminar las discusiones y dilemas presentes.

El reconocimiento y la forma en que la muerte debía ser certificada ha sido un tema de preocupación desde la historia de la humanidad. Cuestión que no puede desligarse de las concepciones religiosas y de los mitos, tanto de la muerte como de la existencia o no de vida posterior a la misma.

Los ritos de embalsamamiento y de momificación de los cadáveres; así como aquellos relacionados con la resurrección, son ejemplo de ello, también los posibles enterramientos prematuros que se han dado especialmente en momentos de epidemias o de guerras.

La escasa certeza en cuanto a otros signos concretos para certificar la muerte da a la putrefacción del cadáver la jerarquía de signo ineludible de que el evento se había producido.

En 1742 J. B Winslow escribe "The only satisfactory proof of death is putrefaction". El advenimiento de la tecnología que desarrolla en el siglo XIX el estetoscopio de la mano de Laenec (1814), permite la certificación de la misma a través del cese de la actividad cardíaca establecida con la auscultación. Una vez más la tecnología actúa y aporta nuevas formas y claves para asegurar los diagnósticos, aunque los mitos y leyendas sigan su transcurrir paralelo, tal es el libro que en 1844 publica Edgar A. Poe acerca de "El enterramiento prematuro".

En los años siguientes, inclusive entrado el siglo XX, las diversas formas de diagnóstico incluyen metodologías para demostrar también el cese circulatorio y respiratorio a través de innumerables pruebas que se incorporan a las legislaciones de otros países del mundo.

La temática de la muerte y su certificación se plantea otra vez con fuerza luego de que en la segunda mitad del siglo XX, y como hemos mencionado precedentemente, los avances tecnológicos aplicados al ámbito de la medicina desarrollan la Unidades de Terapia Intensiva y los respiradores artificiales, permitiendo suplir durante un lapso de tiempo ciertas funciones específicas, en particular la respiratoria.

En el año 1959 Jouvét, M. y Wertheimer, P. médicos de la escuela de Lyon comunican estos casos, dando a esta situación el nombre de "La muerte del Sistema nervioso"; en ese mismo año los neurólogos Mollaret y Goulon de París, publican casos similares de pacientes que se hallaban en coma irreversible y con ausencia de actividad electroencefalográfica, mencionando al cuadro con el nombre de "coma dépassé", para decir que estos pacientes estaban en una situación más allá de los grados de coma descriptos hasta ese momento.

En el año 1968 un comité ad-hoc de la Escuela de Medicina de Harvard, elabora una definición de muerte que publicada en el Journal American Medical Association, conocida como "*Criterios de Harvard*", en la que incluyen los casos descriptos al momento como los mencionados anteriormente; en ella el criterio es el de muerte basado en la irreversibilidad del daño cerebral en pacientes que hasta entonces estaban mantenidos en asistencia respiratoria mecánica y con soporte circulatorio, en los cuales el paro cardíaco se producía ineludiblemente en horas o días.

La finalidad primordial de dicho Documento era el intento de establecer una definición de muerte que una vez diagnosticada, permitiera a los médicos el retiro de las medidas de soporte vital y por el otro lado un punto claro que permitiera la ablación de órganos para trasplante.

Los criterios médicos de Harvard no difieren en gran medida de los criterios y metodologías actuales para la certificación de la muerte.

El año 1981 marca otro hito importante en la temática ya que se conforma en Estados Unidos la "*Comisión Presidencial para el estudio de los Problemas Éticos en Medicina y en la Investigación Biomédica y del Comportamiento*", el objeto del trabajo de ella consiste en la elaboración de un estatuto conocido como *UDDA (Determinación Uniforme de los Actos de Muerte)*, en la cual se definen los criterios que se deben cumplimentar para la certificación de la muerte. Estableciendo que " un individuo que se encuentra tanto con: a) cese irreversible de las funciones cardio-circulatorias y respiratorias, o b) cese irreversible de todas las funciones del encéfalo completo, incluyendo las funciones del tronco cerebral, está muerto."

Se describe y se acuerda entonces que la determinación de la muerte puede realizarse a través del criterio cardiorrespiratorio o del criterio neurológico.

En Inglaterra la certificación de la muerte por medio del criterio neurológico sólo requiere que se certifique el cese irreversible de la actividad y funciones del tronco encefálico (*muerte troncular*), de modo que en casos de lesiones neurológicas que afecten primariamente el tronco encefálico, no requieren específicamente que se demuestre con algún método instrumental el cese de la actividad cortical.

La cirugía de trasplante de órganos tiene un desarrollo previo a estos acontecimientos, comenzando los trasplantes con donante vivo en la década del 50, sólo y luego del primer trasplante cardíaco en 1967 se comienza a considerar a los pacientes con muerte encefálica como posibles donantes. No se debe olvidar por otro lado que el trasplante de órganos no tiene como sustento la muerte encefálica, sino que el desarrollo tecnológico está permitiendo en la actualidad otras fuentes de órganos como los de animales (*xenotrasplante*) o a través de *clonación*.

La tarea de este capítulo, consiste en abordar específicamente lo que hace a las cuestiones relacionadas al *concepto de muerte*, para ello y previo al debate bioético parece oportuno aportar algunas consideraciones biológicas y jurídicas del tema en cuestión.

## **3.2. Consideraciones biológicas**

### **3.2.1. Dos criterios diagnósticos**

Los criterios para el diagnóstico de muerte son desde las consideraciones biológicas dos, a saber: el criterio cardiorrespiratorio y el criterio neurológico o muerte encefálica (Figura 1).

En el primer caso, es decir el criterio cardiorrespiratorio, cuando el paro cardíaco se produce en forma definitiva e irreversible, a los pocos minutos se producirá la muerte de todas las estructuras que conforman el encéfalo (hemisferios cerebrales, cerebelo y tronco encefálico que incluye el mesencéfalo, la protuberancia y el bulbo raquídeo), ello por falta de irrigación celular. La misma conlleva al paro respiratorio, ya que el centro que comanda esta función está situado en el bulbo. Es de imaginar que la situación siguiente en este proceso que aquí estamos detallando, será inevitablemente la muerte del organismo.

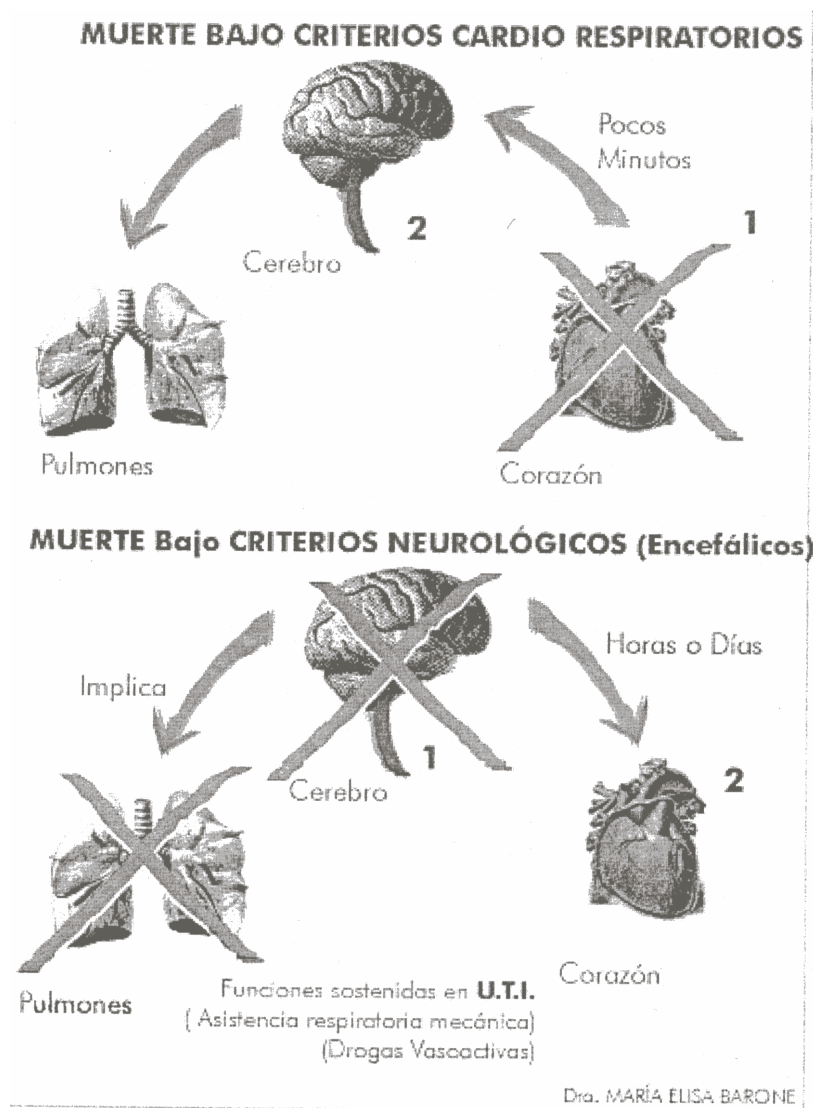
Se ha detallado hasta aquí de que forma se desarrolla encadenadamente todo el proceso de la muerte, hasta que el evento final de la misma se establece en forma definitiva, proceso que como se ha explicitado, dura unos pocos minutos.

*Pasemos a continuación a detallar en que forma se encadenan los hechos en el caso del segundo criterio.*

En primer lugar una cuestión distintiva es la localización de la lesión primera, es decir lo que se denomina la causa de la muerte, se produce en este caso en el encéfalo, ya sea por heridas de bala, ya por hemorragias o infartos cerebrales, o por traumatismo de cráneo o por asfixia o por cualquier otra enfermedad que produzca una lesión neurológica encefálica en forma irreversible, y que dañe todas las estructuras citadas precedentemente.

Esta lesión que determina en forma definitiva la pérdida de las funciones del encéfalo, conlleva también al paro respiratorio, función que puede ser suplida durante un período de tiempo por medios artificiales (respiradores). Esto permite que el corazón, sostenido por drogas vasopresoras, siga latiendo durante un tiempo que oscila desde minutos u horas hasta días, según reporta la literatura médica.

Además en esta situación de muerte, se van produciendo concomitantemente otras alteraciones en mecanismos de regulación importantes para el cuerpo como por ejemplo el de la temperatura, o la imposibilidad de regulación de presión arterial, con las consiguientes hipotermia e hipotensión. La situación que se describe es la de la muerte diagnosticada bajo criterios neurológicos, es decir la lesión irreversible del cerebro junto con el tronco cerebral y el cerebelo están muertos, lo que denomino para graficar más la cuestión como "paro cerebral", para homologarlo en su denominación y sus implicancias al paro cardíaco. La persistencia de la actividad cardíaca no implica que en este lapso el sujeto este vivo. Claro está entonces que la situación de muerte encefálica solamente puede encontrarse en las Unidades de Terapia Intensiva, ya que las funciones que son mantenidas artificialmente sólo pueden serlo en ese sector. Es en este período de tiempo en el que algunas funciones biológicas son sostenidas artificialmente, que se abre la posibilidad de donación de órganos irrigados para trasplante...



La muerte bajo criterios neurológicos se distingue de la muerte bajo criterios cardiorespiratorios o "tradicional", no en el hecho de la muerte en sí como evento que indica la finalización de un proceso, sino que los criterios para certificar fehacientemente que el evento ha ocurrido son distintos.

### 3.2.2. Diagnósticos diferenciales

*De gran importancia para completar esta exposición constituye el efectuar la diferenciación entre distintas lesiones neurológicas, que a veces generan confusión en la*

población, pero que desde el punto de vista médico están perfectamente identificadas y diferenciadas (Figura 2).

Se recordará que en la muerte encefálica el paciente está en la unidad de terapia intensiva, con ausencia de todos los reflejos y funciones que están comandados tanto por los hemisferios cerebrales, como por el tronco encefálico. Además y como ya se ha señalado, se pierden en forma definitiva no sólo la respiración, sino también los mecanismos de regulación circulatoria y de la temperatura. *En el caso de las lesiones que provocan destrucción sólo de alguna de las estructuras encefálicas como los hemisferios cerebrales o una parte muy importante de los mismos, generan lo que médicamente se denomina Estado Vegetativo Persistente (E.v.-P), como fue el renombrado caso de Karen Quinlan en los años 70. En dichas situaciones el tronco encefálico se encuentra preservado, conservando no sólo todos los reflejos de tronco, sino también aquellas funciones que el cuerpo realiza en forma automática, como la respiración, la regulación cardiocirculatoria y la temperatura. Por lo aquí detallado se entiende claramente la diferencia entre estos estados y la muerte encefálica.*

Se cita además en este capítulo el caso de la anencefalia, la misma constituye una malformación congénita en la cual hay una ausencia de desarrollo de los hemisferios cerebrales, con conservación aunque sea rudimentaria del tronco encefálico. En dicha situación, el niño que la padece presenta al nacer reflejos centrados en el tronco y respiración espontánea. El hecho de que dicha respiración sea in efectiva o los reflejos que se hallan sean rudimentarios, no implica en modo alguno considerar a estos niños como fallecidos al nacer.

Desde una perspectiva biológica, y por todo lo señalado hasta aquí, hemos de argumentar una vez más que la muerte es una, única, que marca el fin de la existencia de las personas.

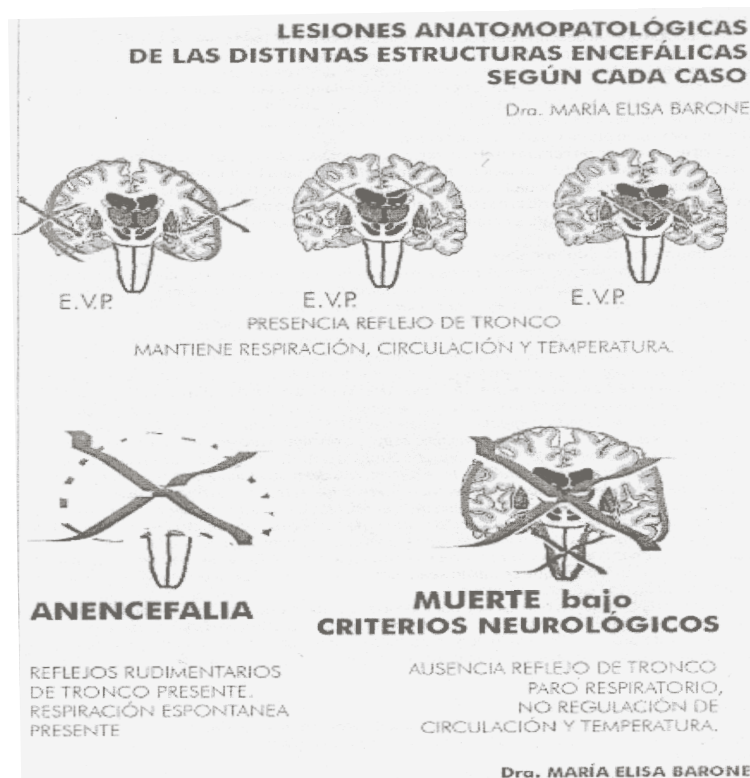
El hecho de que el avance tecnológico permita distintos criterios para certificarla no implica en modo alguno un cambio en la concepción de la misma.

### 3.3. Consideraciones legales

El cese irreversible de las funciones del encéfalo están claramente explicitadas en el ordenamiento jurídico argentino, en la ley 24.193 de 1993 y su decreto reglamentario N° 512/95, Ley Nacional de Trasplantes.

En dicha ley, en su artículo 23 establece que:

El fallecimiento de una persona se considerará tal cual se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente durante seis (6) horas después de su constatación conjunta:



- a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de la conciencia.
- b) Ausencia de respiración espontánea.
- c) Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas.
- d) Inactividad encefálica constatada por métodos técnicos e instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud y Acción Social con el asesoramiento del INCUCAI. La verificación de los signos referidos en el inciso d), no serán necesarios en el caso de paro cardiorespiratorio total e irreversible.

En este artículo nuestra legislación incorpora de modo general los principales signos que es preciso verificar para afirmar que la muerte ha ocurrido.

Nótese que es imprescindible que es paciente esté en coma profundo, en paro respiratorio definitivo y habiendo perdido absolutamente todos los reflejos neurológicos que están centralizados y comandados en el encéfalo.

Además de ello, será necesario certificar la inactividad encefálica con métodos técnicos e instrumentales, esto significa que habrá que realizar para concluir la certificación del fallecimiento, Electroencefalograma, el cual debe demostrar ausencia de actividad bioeléctrica cerebral, conocido como "plano"; o Potenciales Evocados Multimodales que demuestren ausencia de respuestas evocadas generadas en el tronco o la corteza cerebral ante los estímulos auditivos, sensitivos o visuales; o estudios de flujo sanguíneo cerebral como arteriografía o ecodoppler transcraneano, que demuestren paro circulatorio cerebral.

Por otro lado dicha situación debe permanecer sin cambios durante un lapso de al menos seis horas, esto se debe no a la posibilidad de duda, sino a la demostración fehaciente de la irreversibilidad y persistencia de la muerte. Por otro lado obedece al consenso mundial que se ha generado en esta materia, al que nuestro país adhiere en forma contundente.

En el artículo 24 de la precitada ley, se fija la hora de la muerte como la primera vez en que se han corroborado los signos detallados en el artículo 23, la misma refuerza lo precedentemente afirmado.

Por otro lado, en ese mismo artículo 24 se explicita claramente, que la certificación del fallecimiento debe ser realizada por dos médicos, uno de ellos debe ser especialista en neurología o neurocirugía. Dicha normativa médica, establece la necesidad del especialista que no sólo certifique en forma idónea que los signos de muerte están presentes, sino que además pueda interpretar los estudios complementarios realizados.

Por lo expresado hasta aquí, se comprenderá que certificar el fallecimiento de una persona utilizando los criterios neurológicos, no es una tarea que se realiza en unos minutos, sino que requiere un lapso de tiempo particular para cada caso, pero en ninguno es de menos de seis horas.

Como se ha señalado con anterioridad, se ha de remarcar que de acuerdo a lo expresado en el inciso D. del artículo 23, están en vigencia normativas médicas que complementan esta ley, volcadas en el *Protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos (Figura 3)*.

Dicho protocolo fue elaborado por una comisión de especialistas en neurología y en terapia intensiva, formada para tal fin, con la participación activa de médicos especialistas en neurología pertenecientes al INCUCAI y regionales, en él se detalla puntualmente la metodología a implementar para la certificación del fallecimiento. Todas las normativas vigentes en este sentido en nuestro país, y vale la pena repetirlo, están de acuerdo a las internacionales en la materia. Aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación y puesto en vigencia a través de su publicación en el Boletín Oficial en marzo de 1998.

En el ordenamiento jurídico argentino el otro artículo que hace referencia a la muerte es el Artículo 104 del Código Civil el cual establece que:

El fin de las personas se produce con la muerte natural de las mismas. Por lo que se ve, los artículos 23 y 24 de la ley 24.193 complementan el Código estableciendo los test que se deben efectuar para considerar el fallecimiento.



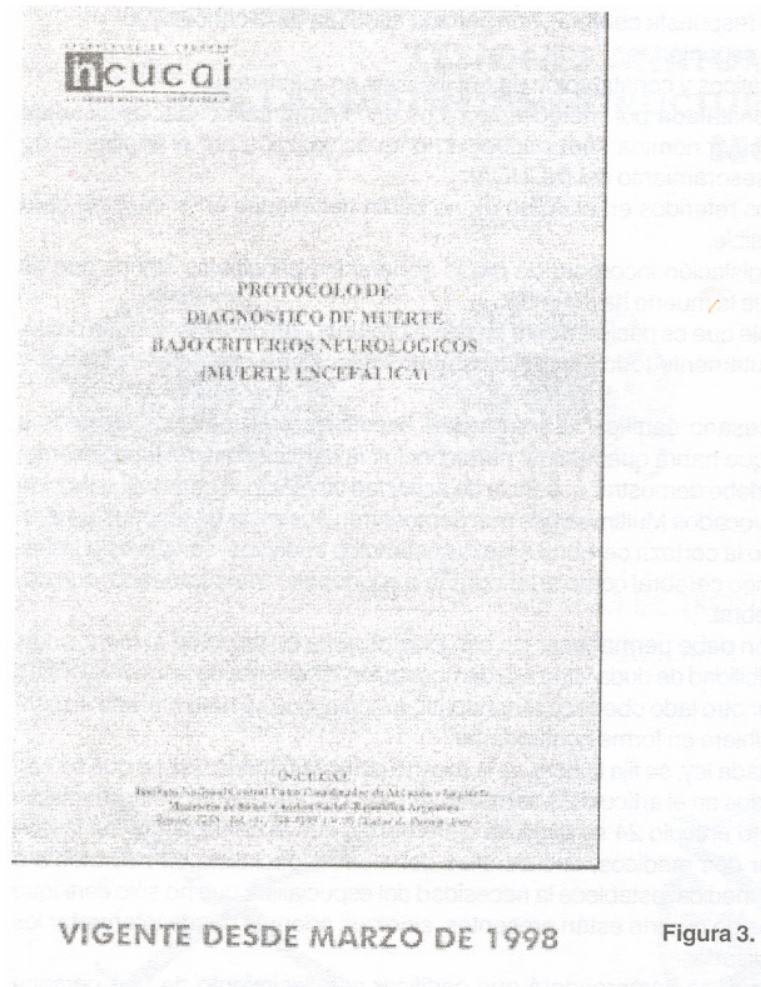


Figura 3.

### 3. 4. Perspectivas bioéticas

#### 3.4.1. Las tres posturas

El debate bioético se ha centrado en tres posiciones respecto a la muerte, a saber:

1. El criterio cardiorespiratorio.
2. El criterio neurológico del "cerebro total" (whole brain), o muerte encefálica.
3. El criterio neurológico del "cerebro superior" (higher brain).

El *criterio cardiorespiratorio de muerte* sostiene que sólo puede ser considerado como muerto, aquel ser humano que presenta el cese irreversible de las funciones cardiocirculatorias y respiratorias, negando todo otro criterio de muerte a cualquier fin.

El *criterio neurológico de muerte del "cerebro total" (whole brain) o muerte encefálica, muerte cerebral, o muerte bajo criterios neurológicos*, sostiene que se considera que un individuo está muerto cuando se produce el cese irreversible de las funciones del encéfalo (hemisferios cerebrales y tronco encefálico).

El criterio neurológico de muerte del "cerebro superior" (higher brain) establece que el cese de las funciones del contenido de la conciencia incluyendo las denominadas funciones intelectuales superiores (capacidad de juicio, de razonamiento, de lenguaje, de pensamiento) es lo que permite definir la muerte de la *persona*.

#### 3.4.2. El debate bioético

"La tarea ética requiere que pensemos cuidadosamente acerca de lo que es la buena práctica médica, y nos orienta hacia la elaboración de leyes que tengan efectos deseables" (D. Wickler). El debate bioético instalado en torno al concepto de muerte se ha desarrollado entremezclando

en muchas ocasiones los planos filosóficos respecto a la concepción de ser humano y persona, con los planos médico biológicos.

Acordando con la postura teórica de Bernard Gert, cobra importancia la confusión generada en la práctica cotidiana en lo que hace a la distinción entre "definición", "criterio" y "test".

"La definición, debería captar con la mayor precisión el uso ordinario del término *muerto* y otros términos relacionados con éste, el criterio médico para determinar que la muerte ha ocurrido, es el subsistema cuyo cese es imprescindible demostrar y que depende de la concepción del organismo que se posee; y los tests son aquellas pruebas que deben efectuarse para comprobar que el criterio ha sido satisfecho, dependiendo las mismas de los avances de la tecnología médica".

*Utilizándose los criterios y tests como definiciones de un determinado estado o evento. El "evento de la muerte", constituye punto final en el "proceso del morir" del ser humano, en la práctica médica cotidiana se ha tomado como "definición de muerte" al paro cardiorespiratorio, siendo que éste último sólo constituye un criterio para diagnosticar que el evento se ha producido.*

*Claro está que el paro cardiorespiratorio, debe en sí mismo constituirse en una situación irreversible con un tiempo adecuado de duración para que se pueda afirmar con certeza que ella muerte se ha producido.*

La confusión entre un determinado criterio con una definición que entonces demostrada, tal se afirma anteriormente, ya que el "paro cardiorespiratorio" por sí mismo ha sido homologado con muerte, inclusive en el formulismo que se utiliza a la fecha para poder llenar un certificado de defunción. En cambio es el fenómeno de irreversibilidad de ese paro cardio-respiratorio el que implica que ese individuo pueda ser definido como "muerto".

Lo mismo sucede en el caso del criterio neurológico o muerte encefálica, o "paro cerebral" o "paro encefálico", lo que hace que se afirme y se defina a un sujeto como "muerto" en el cese irreversible del funcionamiento de ciertas estructuras neurológicas específicamente hemisferios cerebrales y tronco encefálico (encéfalo), homologando así al "paro cardiorespiratorio" con el "paro cerebral o encefálico".

Los tests para corroborar el cumplimiento del criterio también se utilizan como definición misma, ya que así como un electrocardiograma sin registro de complejos, no hace por sí mismo diagnóstico de muerte a menos que transcurra durante un período de tiempo y se halla descartado la falta de respuesta a maniobras de reanimación; del mismo modo un electroencefalograma sin actividad tampoco hace por sí sólo ese diagnóstico, a menos que se hallan descartado otras anomalías como drogas depresoras del sistema nervioso central y el mismo se constituya dentro de un determinada situación clínica neurológica determinada. Los métodos instrumentales cualquiera sea el utilizado para corroborar el diagnóstico, deben ser aplicados en un adecuado contexto clínico sin que se generen confusiones erróneas.

Si bien se han presentado tres concepciones respecto a la muerte, el debate bioético se ha centrado fundamentalmente en torno a dos de ellas: por un lado la conocida como "whole brain formulation", tomada por Bernard Gert; y por el otro la formulación efectuada entre otros por Daniel Wickler y Ronald Green, conocida como "higher brain formulation". Aunque la postura de la necesidad de volver a la vieja concepción de "paro cardiorespiratorio" está cobrando auge en diversos ámbitos.

Bernard Gert aborda la temática de la definición de muerte desde una "concepción biologicista" del ser humano, considerando al mismo como una entidad biológica en donde el cese irreversible del funcionamiento de determinados subsistemas integradores claramente especificados, es lo que hará que se defina aun individuo como muerto.

En cambio para la concepción que plantea Daniel Wickler entre otros, "higher brain formulation" la capacidad de contenido y despertar de la conciencia una condición tan esencial a la "persona", que su pérdida irreversible debe hacer que la misma sea considerada como muerta (un "neocortex muerto" con un cuerpo vivo), la corteza cerebral pasa a ser el eje en este tipo de postura.

*Desde el punto de vista neurofisiológico también se discute ya que no se puede situar a la función de la conciencia pura y exclusivamente a nivel cortical, sino que la misma depende de*

*una compleja interrelación entre dicha corteza y núcleos grises subcorticales, por medio de un entramado de conexiones situadas en la sustancia blanca subcortical.*

Llámesese la atención que en esta postura respecto a la muerte se hace hincapié en lo que se entiende por persona desde una perspectiva filosófica.

La concepción de muerte neocortical, según aclaran sus autores, fue un aporte para de una clarificación conceptual del tema; pero que en cuanto a una definición de muerte que se fija por *convención* para que sea utilizada a los fines legales y que permita la construcción de una política pública que guíe la práctica clínica, la definición que debe ser adoptada es la concepción del cerebro total (muerte bajo criterios neurológicos).

*Las razones de ello son que por un lado la definición de muerte no es en sí mismo un problema moral sino una cuestión de orden práctico, mientras que sí lo es aquello que hacemos luego del diagnóstico de muerte. Entonces para una definición jurídica de muerte, la mejor definición, sería la encefálica o del cerebro total, por dos razones: en primer lugar porque hay certeza en el diagnóstico, en segundo lugar que cualquiera que tenga muerte encefálica incluye en esa definición a la muerte del cerebro superior.*

Se menciona precedentemente dentro de los planteos teóricos en torno al tema las posturas cuestionadoras que abogan por volver al criterio de muerte cardiorrespiratorio, fundamentándolo en que los permanentes debates acerca de la muerte encefálica así como las inconsistencias en la práctica médica cotidiana con la no desconexión de los "cadáveres batientes" del respirador una vez que el diagnóstico de muerte se ha certificado, muchas veces por desconocimiento médico o judicial en cuanto a la norma vigente.

Se enmarca indudablemente esta conducta en que no se efectúa la distinción entre muerto y no muerto, se conceptualiza a la situación de muerte encefálica al desconectar el respirador o el soporte vital como eutanasia, cuando en realidad de lo que se trata es de efectuar una buena práctica médica. Nadie se preguntaría si aun paciente en paro cardiorrespiratorio irreversible hay que pedir permiso para desconectar el respirador y suspender el soporte vital. ¿Cuál es el motivo por el que el caso de certificación de fallecimiento de acuerdo a la ley vigente hay que pedir permiso para efectuarlo? ¿Se está realizando una correcta práctica al preguntar? ¿O se está actuando con desconocimiento y temor? Por otro lado y en contraposición con la postura de volver al criterio cardiorrespiratorio, se plantean posturas que abogan por avanzar en la definición de muerte e incluir en la misma a todos los casos de estado vegetativo persistente, en los cuales situaciones como anencefalia o demencia profunda podrían por homologación contemplarse.

Innovadora es la postura propuesta por Linda Emanuel, de considerar a la definición de muerte como una zona limitada en donde el "límite inferior" sería el criterio cardiorrespiratorio y el "límite superior" los casos de estado vegetativo persistente o la definición de "higher brain". En nuestro país el Dr. Carlos Gherardi, reflexiona a 30 años de la definición de muerte cerebral si ella tiene el mismo significado hoy, pregunta una vez más y siguiendo a Youngner ¿Qué cualidad tan esencial y significativa tiene ese número crítico de elementos de una entidad que su pérdida constituye la muerte de toda la entidad? Propone asimismo la necesidad, en el marco de la nueva ética de la vida y la muerte que se vive en las salas de terapia intensiva, de reexaminar la temática a través de un debate participativo con la imprescindible participación de la sociedad.

### **3.4.3. Conclusión**

Como se ha desarrollado precedentemente el concepto de muerte desde la perspectiva ética tiene innumerables connotaciones y posturas.

Los avances tecnológicos han permitido por una vez el implante de un corazón artificial que permite la circulación de la sangre pero sin latido, en esos casos ante la ausencia de latidos ¿diríamos que ese individuo está muerto? O sigue siendo la capacidad de conciencia con su contenido y despertar, junto con las funciones del tronco las que definen a ese individuo como vivo.

Las funciones y reflejos centrados en el tronco encefálico permiten además delinear un criterio de muerte que no englobe situaciones que por homologación o por pendiente resbaladiza

podrían entrar en la definición de muerte. Tal el caso de las demencias que con el criterio de "higher brain formulation", podrían estar definidas como muertas, generando situaciones contraintuitivas, ya que en esos casos debería pensarse que podría enterrarse a alguien que respira por sí sólo.

El criterio de muerte encefálica despeja estas situaciones, ya que una vez efectuado el diagnóstico de acuerdo a los criterios médicos y legales vigentes, y confeccionada y rubricada el acta de fallecimiento, se debieran retirar todas las medidas de soporte.

Una definición clara de muerte, acordando con el criterio de muerte encefálica para la misma, permite concebir al ser humano desde una consideración absolutamente biologicista, que puede ser común a diversas especies, despejando así cualquier consideración particular respecto a la valoración del ser humano o persona.

La muerte así entendida, constituye el último evento en el proceso del morir, pudiendo la misma ser objetivada con certeza.

El hecho de la persistencia en el tiempo de la función cardiocirculatoria a través del soporte médico no implica un cambio de concepción de la misma, ya que es el *criterio de irreversibilidad* del cese de todas las funciones detalladas precedentemente lo que permite seguir sustentando el criterio.

Acordar con la propuesta del Dr. Gherardi, se considera al menos una responsabilidad y una tarea pendiente, no sólo para el ámbito médico, sino también para el jurídico; una deuda con la sociedad.

### **3.5. Definición de muerte y anencefalia**

#### **3.5.1. Aspectos médicos y bioéticos**

*La definición de muerte desde una concepción biologicista implica la demostración del cese irreversible, ya sea de las funciones cardiorespiratorias o neurológicas.*

*En los seres humanos anencefálicos, al momento de nacer no reúnen los requisitos médicos para considerarlos fallecidos, al igual que sucede en el caso del estado vegetativo persistente.*

*En los años 90 se ha postulado en otros países la excepción a la regla del "dador muerto" a los fines de la donación de órganos para trasplante en el caso de anencefálicos, sin esperar que se produzca el fallecimiento, argumentando la evolución inexorable a la muerte de estos seres, esto ha generado controversias y dilemas bioéticos que obligarían considerar esto para otros casos homólogos tales como EVP o demencias profundas.*

*La potencialidad de donación de órganos para trasplante no excluye desde una perspectiva ética a ningún ser humano, será entonces que los criterios médicos son los que se han de considerar en cada caso particular.*

*Sin embargo la regla moral que ha sustentado la dación efectiva de órganos irrigados para trasplante, entre personas no relacionadas, cual es la del dador fallecido, no debe ser violada bajo ninguna circunstancia.*

En los años 90, cuando el Comité de Ética de la Asociación Médica Americana propugna la posibilidad de excepción a la regla del "dador muerto" para el caso de los anencefálicos, debemos señalar que reconoce que el anencefálico no está muerto, es decir que indirectamente se está adhiriendo a la concepción biologicista de muerte, ya que aclara acerca de la persistencia de los reflejos de tronco en estos casos.

Pero por otro lado, esta excepción la establece con un argumento débil ya que considera que estos seres humanos nunca desarrollarán una conciencia; lo mismo podríamos decir de los casos de Demencia profunda, no así en cuanto al caso de los E.V.P, ya que en estos últimos se han comunicado casos de recuperación de la conciencia luego de un período prolongado de coma.

*Además agrega otro argumento para justificar en principio la posibilidad de donación de anencefálicos, que es la de escasez de órganos.*

Este último argumento puede entrar en una *pendiente resbaladiza*, ya que si es por escasez de órganos, elijamos entre todos a quien matar, y de una sola muerte pueden salir beneficiadas a menos 7 personas en lista de espera.

Esta postura de la American Medical Association fue revisada rápidamente, ya que no tuvo el consenso de la sociedad ni de la U.N.O.S, pero en esa revisión se llama la atención acerca de

QUE es la posible potencialidad de desarrollar una mínima conciencia lo que retrotrae la postura.

*La persistencia de este cuadro, es decir la irreversibilidad, cobra aquí enorme relevancia y no la asistolia, como presupone nuestro colega.*

Se plantea entonces un cambio de paradigma en lo que a la concepción de muerte se refiere tomando los casos de muerte encefálica como a seres en proceso de morir, fijando que el evento ha ocurrido sólo en el momento en que se verifique la asistolia definitiva.

Respecto a la potencialidad de cualquier ser humano de ser donante de órganos para trasplante no existe desde una perspectiva ética ningún tipo de exclusión para considerar a todo ser humano como donante. Es entonces que se deberán tener en cuenta criterios éticos por un lado de respetar la regla del "donante fallecido" a los fines de abrir la posibilidad efectiva de la dación, con la única excepción de aquella arbitrada ya por nuestra ley. Tal es la donación de órganos dobles como el riñón o de una porción del hígado, entre personas vivas relacionadas por parentesco hasta el 4º grado.

*Separando los planos de discusión que muchas veces se han entrecruzado y generado confusión: por un lado el ético y por el otro el médico.*

Como se ha mencionado anteriormente ser portador de una enfermedad genética como es anencefalia, no constituye per se una condición ética para que se excluya la donación, como todo ser humano, posee la potencialidad de ser donante de órganos, es decir que no se ha operado ningún tipo de discriminación como en algunos momentos se insinuó en las diversas discusiones consultas públicas.

En los casos concretos al momento de nacer es excluido desde el punto de vista ético y médico para la donación de órganos porque no reúne los criterios médicos para que se certifique el fallecimiento, y como se ha mencionado anteriormente la norma del donante fallecido no puede ser valorada, salvo los casos explicitados.

Desde una perspectiva médica, no es frecuente que sus órganos sean utilizados, como fue experiencia en EEUU porque tienen mayor incidencia de malformaciones y porque no es frecuente hallar receptores compatibles al igual que cualquier dador de corta edad.

La factibilidad de establecer el criterio de muerte encefálica en esta patología es muy baja, ya que la muerte se produce en general por infecciones o insuficiencia respiratoria; que llevan a tener que utilizar el criterio de muerte cardiorespiratorio, ya que el encefálico es infrecuente.

Para no violar la regla del dador muerto, deberíamos recurrir a los intentos de redefinir la muerte desde una concepción esencialista, cuestión que nos llevaría a otra pendiente resbaladiza al tener que englobar a los EVP o las demencias profundas. Se torna una concepción alejada de la perspectiva biológica de los seres humanos.

La muerte en asistolia, es decir con el criterio cardiorespiratorio, sería casi la única posibilidad (transformar esa potencialidad en una efectividad para donar órganos en el momento actual, y siempre y cuando por peso del recién nacido exista la posibilidad de ablacionar corazón para válvulas cardíacas.

### **3.5.2. Conclusión**

La regla médica y ética del dador muerto para abrir la posibilidad de donar órganos para trasplante, no debe ser violada. Se considera como única excepción a esta regla la donación de órganos con dador vivo relacionado, es decir con la donación de riñón o hígado, y el caso del corazón en trasplante dominó.

La anencefalia constituye un criterio ético de exclusión para la potencialidad de la donación de órganos irrigados para trasplante.

Las diversas cuestiones médicas que deberían sortearse para el caso de que un anencefálico pueda efectivamente transformarse en donante de órganos irrigados, son tan importantes que tornan casi nula la posibilidad de la dación efectiva de órganos irrigados, pudiendo considerarse al momento actual el corazón para válvulas luego de la asistolia.

## **4. JUSTICIA y EQUIDAD EN LA PROCURACIÓN y DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE**

#### 4.1. Marco teórico. Derecho a la vida y donación de órganos en clave ética

Hablar del Derecho a la vida nos remite a pensar en términos de teoría de Justicia desde la perspectiva teórica de la Ética filosófica. En términos de derechos ciudadanos, implica considerar la cuestión de deberes, es decir de obligaciones por parte del Estado de resguardar un bien y de garantizar su efectividad. En ese sentido podríamos decir que el derecho a la vida como el derecho a la atención de la salud, son deberes de obligación perfecta, con lo cual el ciudadano se torna poseedor de un bien exigible -un derecho que genera un deber perfecto- no siendo otro que el Estado quien deba velar por la garantía del mismo.

Es necesario reconocer que en especial el derecho a la vida, si bien fundante y personalísimo, desde el punto de vista de su validez no es un derecho absoluto en sí mismo; existen situaciones límites propias de nuestra condición humana, como lo es el hecho irreversible de la muerte constituyéndose en el último acto de nuestras vidas, que cede paso al *derecho a morir con dignidad*.

Por otra parte la misma Constitución Nacional prevé en el art. 21 que el ciudadano está obligado a armarse en defensa de la Patria y de esta Constitución" lo cual implica que podría darse el caso del sacrificio de la propia vida en defensa de ella.

Consecuentemente además de plantearse si el derecho a la vida es un derecho en términos absolutos según su validez, cabría preguntarse si así como existe un derecho a la vida, existe también un derecho a una vida digna, un derecho a un suicidio asistido, a la eutanasia y como mencionáramos oportunamente, el derecho a morir con dignidad. Todas cuestiones no de poca valía y que conllevan al análisis y al debate entre los miembros de una sociedad, minucioso, sincero, pluralista y democrático esencialmente, en marcado en los términos de un debate interdisciplinario sustentado en la argumentación moral.

Ahora bien, el derecho a la vida, aunque no un derecho absoluto, es un derecho personalísimo primario y esencial de la condición humana del cual derivan el derecho a la integridad corporal y psíquica, a la dignidad, el derecho a la salud, ya la atención de la salud, a la identidad personal, a la nacionalidad, al honor ya la propia imagen, entre otros. Por ello el *Derecho a la vida* es catalogado de fundante en tanto necesario para el reconocimiento de los que de él derivan.

En esta disertación se tratará de considerar desde la Bioética a la imbricada relación existente entre el derecho a la vida y la donación de órganos, acudiendo para ello a la mediación del ya mencionado "derecho a la atención de la salud" incorporado a través de pactos internacionales a la Constitución Nacional vigente en su articulado 75 inc. 22, entre los cuales se encuentra la Declaración Universal de Derechos Humanos que en el art. 25 inc. 1 señala: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

Si bien fundamentamos un derecho constitucional a la atención de la salud sustentado en el derecho a la vida, nos vemos entonces compelidos a reflexionar sobre la posibilidad de considerar desde la perspectiva de la Ética Aplicada a la Salud, si la donación de órganos como tal es una obligación moral en pos de proteger el derecho a la atención de la salud de la persona que espera un órgano. Dicho en otros términos, si el paciente en espera de un órgano tiene un derecho perfecto (absoluto) que lo torne pasible de exigir un órgano, y si la sociedad como tal está obligada en términos absolutos a ello en pos del resguardo del bien vida.

Hemos dicho que el derecho a la vida no era absoluto desde el punto de vista de su validez y que de él derivaba el Derecho a la atención de la salud.

La validez absoluta en términos de derechos respecto de la atención de la salud en el ámbito de la trasplantología se vuelve cuanto menos cuestionable, habida cuenta que en el restablecimiento de la salud o el mejoramiento de la calidad de vida, o incluso la posibilidad de seguir viviendo, se halla íntimamente conectada a la disponibilidad de órganos ya sea de donantes cadavéricos o de donantes vivos relacionados, según sea el caso, encuadrada en la legislación vigente. Las largas listas de espera dan cuenta de ello.

Aquí es donde nos encontramos con escollos desde el punto de vista moral. Desde la perspectiva del donante, vivo relacionado o cadavérico, en realidad de lo que se trata es de un acto de "donación", bajo el cual y desacralizando el término, se trata de una dación, de dar un regalo que por lo mismo es absolutamente voluntario. Ello implica que cuando decidimos voluntaria y solidariamente ceder un órgano después de la muerte, o de una dación en vida a un pariente consanguíneo por ejemplo, hemos tomado una decisión libre, ausente de cualquier índole de coacción familiar o social, y por ende autónoma como resultado de un proceso de deliberación racional bajo la cual hemos sopesado riesgos y beneficios; hemos ponderado en vida desde la solidaridad la posibilidad de prolongar la vida en otras personas o mejorar su calidad de vida.

*Son infrecuentes en medicina los problemas o dilemas éticos que se centran en disputas morales entre el principio de beneficencia y el principio de no maleficencia, esto es, entre beneficiar y no dañar.*

*En el ámbito trasplantológico el dilema moral se plasma en los casos de donantes vivos relacionados, con lo cual se violaría el principio ético de no dañar cuando se ablaciona -por ejemplo- el riñón sano para ser trasplantado a su hermano- ingresando a la categoría de paciente desde su condición de salud. Desde la ética hipocrática ello hubiera sido inadmisibile desde la concepción misma del "Orimum non nocere". La única consideración ética que salvaguarda esta intervención quirúrgica en una persona sana, es la condición de "voluntariedad y "solidaridad", para las cuales como garantías de las mismas se requiere como condición sine qua non la plena decisión de la persona sana, libre, voluntaria, autónoma, y por ende ausente de cualquier tipo de coacción. Consecuentemente la donación de órganos tiene un alto contenido altruista, bajo la cual la solidaridad y el amor al prójimo cobra relevancia.*

*Sin embargo ello no implica considerar a quien no ha tomado la decisión de donar como un ser egoísta o falto de solidaridad. En muchas ocasiones surgen reservas, temores, incluso el temor a pensar en la posibilidad de la propia muerte, convicciones religiosas, creencias -más allá de la religiosidad- en las que intervienen el acervo cultural, tradiciones ancestrales, etc. que vedan la posibilidad de la toma de decisión a favor de la donación de órganos.*

También sabemos que la mayor parte de las negativas en la donación de órganos se debe no precisamente a convicciones religiosas o a tradiciones ancestrales respecto de lo que la muerte implica.

Por ello, aquellos que trabajamos en ámbitos institucionales relacionados a la ablación e implante de órganos si bien debemos ser muy respetuosos con las convicciones bien fundadas de los otros, debemos no obstante asumir la responsabilidad de informar a la población respecto de todo aquello que concierne a la posibilidad de la donación de órganos. Ello conlleva a un fuerte proceso no meramente informativo sino educativo en favor de esclarecer, por ejemplo, la definición de muerte bajo parámetros neurológicos, la distinción con los diferentes estados comatosos, el conocimiento acerca de lo que implica un paciente en estado vegetativo persistente, etc.; que la muerte encefálica implica necesariamente el cese irreversible del funcionamiento de los hemisferios cerebrales más el del tronco encefálico y que sólo ocurre en unidades de terapia intensiva, como así también toda información pertinente respecto de la legislación -Ley 24.193 "Régimen de Trasplantes de Órganos y Materiales Anatómicos"- que permitan diluir temores fundados muchos de ellos, en el desconocimiento.

También es importante dejar en claro, que gracias a una legislación fuerte y acabada en nuestro país es imposible el comercio de órganos, porque la leyes en ese sentido muy restrictiva además de cuidadosa no dejando resquicios a la posibilidad del comercio, el cual violaría lo más profundo de la dignidad humana.

Retomando aquella noción de derecho a la vida, mediada por el derecho a la atención de la salud siendo que la donación de órganos se constituye en una de las alternativas terapéuticas consignadas como requisito sine qua non para aquellas personas que necesitan de ella para seguir viviendo, o mejorar profundamente su calidad de vida, consideramos que promover a la conciencia solidaria sustentada en la confianza en las instituciones, se vuelve imperativo moral.

Sabemos que trabajar con temas tan caros a la condición humana como lo son la vida y la muerte, generan una profunda responsabilidad individual e institucional.

El Derecho a la Atención de la Salud, que el Estado tiene la obligación moral y Constitucional de garantizar, es desde consideraciones de justicia, garantía de la gratuidad de la atención de la salud a todos los ciudadanos que lo requieran, y más precisamente desde la terapia trasplantológica, asegurar la igualdad de oportunidad a los pacientes en la accesibilidad a las listas de espera (Igualdad en el ámbito de la libertad), por una parte, y la igualdad de oportunidad en la justa distribución de los órganos (Igualdad de la oportunidad en la distribución de los bienes), según criterios justos y equitativos en la distribución de un bien escaso, siendo pasible de torcer la balanza sólo en favor de los más desaventajados(necesitados) dentro de la sociedad (principio de la diferencia).

Los principios de Libertad, Igualdad y de la Diferencia enunciados en 1971, en el ya célebre tratado de *Teoría de Justicia de John Rawls*, es lo que constituye la concepción teórica de justicia como equidad, a la cual nosotros adscribimos.

Rawls define a una institución justa afirmando "Una Institución es justa cuando no opera ninguna distinción arbitraria entre personas, en lo que se refiere a la atribución de derechos y deberes, y cuando determina un equilibrio adecuado entre reivindicaciones opuestas correspondientes a ventajas en la vida social"(Rawls, J. T J. 1971 ).

La concepción de justicia queda expresada en los siguientes principios:

1º Toda persona tiene un derecho igual al conjunto más amplio de libertades fundamentales iguales, que sean compatibles con el conjunto de libertades para todos.

2º Las desigualdades sociales y económicas deben satisfacer dos condiciones: deben ser para el mayor beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad, e incorporados a funciones y posiciones abiertas a todos, en condiciones de una igualdad equitativa de posibilidades.

(...)En el ámbito de salud es importante, además, considerar el impacto de determinada imputación de gasto en la demanda global (criterios de racionamiento en salud).

En materia de trasplantes el principio de justicia se concretaría en el establecimiento de condiciones de igualdad para todas las personas que podrían beneficiarse con la dación de órganos y tejidos, tratando con la misma consideración y respeto a todos aquellos que se encuentren en situaciones similares(...) La justicia se fundamenta en la no discriminación de posibles receptores por cuestiones vinculadas a la edad, sexo, religión, riqueza, entre otras(...) Es por ello que en la distribución equitativa de los órganos disponibles para trasplante, la riqueza o capacidad económica de cualquier aspirante al trasplante no debe constituirse en un criterio de selección o prioridad". (Documento N° 2 del Comité de Bioética del INCUCAI: "Sobre la Ética de la No Comercialización de órganos").

Consecuentemente el Estado tiene la obligación constitucional y moral de garantizar no sólo la accesibilidad a la posibilidad terapéutica sino también la justa distribución de un bien escaso, como lo constituyen los órganos. Ello no implica la obligatoriedad de la dación, sino como dijéramos oportunamente, el imperativo moral de promover la dación libre y solidaria entre los ciudadanos para contribuir con la posibilidad terapéutica del trasplante, a quien lo requiriere.

El derecho a la atención a la salud, en tanto un derecho positivo, encuentra ámbito de validación en el derecho que los subsume a todos: el derecho a igual consideración y respeto, como señalara oportunamente el prestigioso filósofo del derecho Ronald Dworkin; el mismo deberá plasmarse para su corporeización en una concepción de la persona moral, la cual al proponerse metas y perseguir -como dijéramos- los principios de justicia como equidad, en el marco de una sociedad justa, en el ejercicio de la libertad, en la justa igualdad de las oportunidades y en la evaluación de los logros de las mismas se vuelven principios rectores de una sociedad democrática.

## **4.2. Donante vivo relacionado y no relacionado**

*A la posibilidad que un donante vivo pudiera ser utilizado se llegó a través de replanteos de fundamentos éticos, religiosos y sociales relacionados con la donación del órgano.*

*Es importante saber que el mero hecho de preguntar a un probable dador si está dispuesto a donar su riñón puede crear una situación de crisis.*



*El donante vivo relacionado siempre debe ser voluntario, y antes de la consulta con el equipo médico, esta voluntad es conveniente que sea expresada al propio paciente. Incluso el receptor sabe dentro de su familia a quién o quiénes puede acercarse. Cuando el voluntario es seleccionado, querrá conocer los riesgos a que será sometido. Por eso es imprescindible informar al dador en forma completa y detallada de los riesgos probables y las secuelas, así como las posibilidades de fracaso del injerto, y tener en cuenta en forma primaria los trastornos psicológicos a que puede quedar sometido y, secundariamente, valorar los beneficios en el receptor.*

*Cuando el voluntario desiste de la donación por no ser capaz de vencer sus propios temores, por la presión de su pareja o por otras causas, el equipo médico debe protegerlo de la inevitable presión familiar y darle la posibilidad de contraindicar su participación.*

Llegados a este punto, si hacemos un enfoque sociológico de la situación descripta, encontramos que la aparición del donante vivo de riñón genera un cambio sustancial en la interacción que se verifica entre el médico y el paciente tradicionalmente en la medicina.

#### **4.2.1 Conflicto, transformación y crisis de roles**

Aparece un evidente *conflicto* en el rol del médico trasplantólogo, que habitualmente en su práctica (sea cual fuere su especialidad) ejerce un conjunto de normas y funciones dirigidas en un sentido específico: intentar curar aun enfermo.

En el caso en que el individuo que viene a pedir ayuda es un donante vivo, hace *distinto* el *sentido* de ese conjunto de normas y funciones del médico, pues no se dirigirá ya a curar un enfermo, sino a someter a una intervención aun sano.

Se establece entonces una *incompatibilidad* entre el rol del médico tradicional con el nuevo rol (emergente) en la situación de trasplante. El desempeño de un rol es antagónico con el otro y configura un *conflicto de roles* cuyo análisis es importante en el estudio de los valores, los procesos sociales y la estructura social en general.

Dicho conflicto de roles parece desembocar en una *crisis* del sistema de interacciones que estudiamos, a expensas de la necesaria *transformación* del rol de origen del médico en un nuevo rol, el del trasplantólogo (frente al donante vivo).

Theodorson define como crisis a la "interrupción grave en el estilo de vida normal de un individuo o de un grupo que se suscita con una *situación inesperada*, para la cual éstos no se hallan preparados y *que genere problemas para los que las respuestas habituales no son adecuadas*. Una crisis requiere el desarrollo de nuevas formas de pensamiento y acción".

Estas nuevas formas de pensamiento con respecto a la situación suscitada, requieren de un análisis concentrado en la categoría del rol aún no definido hasta este punto de nuestra exposición. Este análisis partirá desde lo visto hasta ahora, para explicar el *cambio* en la relación médico-paciente tradicional hasta profundizar en el rol del médico trasplantólogo, que se verifica de manera *distinta*.

"El fracaso de las reglas existentes es el que sirve de preludio a la búsqueda de otras nuevas", dice Kuhn.

#### **4.2.2 El Rol del médico frente al Donante Vivo: ¿Un meta-rol?**

A lo largo de la historia de la medicina, en diversas épocas y culturas, de distintos modos y en circunstancias diferentes, la relación médico-paciente conservó la esencia de su sentido recíproco.

Los diversos autores que se ocuparon del tema ubican dicha interacción, en el tiempo y momento en el que se verifica, como una *relación de roles donde el paciente pasaría del estado de enfermedad al de salud mediante la acción del médico*.

Es cierto que alrededor de esta *diada* (médico-paciente) existe un conjunto de relaciones que afectan permanentemente las conductas de cada uno de sus componentes, modificando así el comportamiento de los actores, pero *siempre en el sentido de convertir al paciente en un individuo sano*.

Pero, al incorporar la medicina a sus posibilidades terapéuticas *el trasplante de órganos con dador vivo*, a partir de la segunda mitad de nuestro siglo, se *plantea la modificación del rol del*

médico que lo realiza, porque con su decisión de extraer un órgano a un individuo sano, lo está convirtiendo en paciente, y por lo tanto generando un cambio trascendente en dicha relación.

*¿Cómo se verifica este cambio? Como hemos visto, la relación médico-paciente se produce cuando un paciente afectado por una dolencia o enfermedad busca su curación acudiendo al médico: es su rol de paciente.*

A su vez, el médico ejerce el rol que la expectativa de la sociedad le confiere, cuando se relaciona con un paciente para curarlo: *es su rol de médico.*

Los roles anteriores se cumplen cuando se cumplen las expectativas del médico, del paciente, y de la sociedad hacia los mismos.

Pero si el que consulta *no es un enfermo*, sino una *persona sana*, que lo hace para que se le extraiga un órgano, no se cumplen las expectativas ni del médico, ni del paciente, ni de la sociedad de los roles previstos para la relación médico-paciente habitual.

Podríamos decir entonces que, el *hecho social observable* (relación médico-paciente) se produce siempre que se esté *en presencia de una persona enferma* que requiera la acción del médico para devolverle la salud, y que *si esta condición no se encuentra presente, la relación médico-paciente, no se verifica como tal.*

Cuando el médico actúa (como en el caso del donante vivo de riñón) sobre un individuo sano, cuanto menos perturbando el equilibrio homeostático en el momento de la intervención y poniéndolo en riesgo potencial de complicaciones, ¿no está *desvirtuando su rol*, así sea en pos de un mejor propósito?

Evidentemente, podemos analizar argumentos de fuerte validez, que justifican *el acto en sí* de la donación: el amor, la solidaridad, la recuperación del bienestar psíquico y social perdidos (en el caso de una madre que debe donar un órgano para restablecer la salud de su hijo); o ver, por ejemplo, al trasplante con dador vivo desde un enfoque de restauración del *tejido social*.

Pero nosotros nos referimos específicamente al que pone en práctica, al que decide y ejecuta ese acto. Está claro que el rol prescrito para el médico, no es el que ejerce en *esa situación*.

Pero los hechos, sin antecedentes en el desarrollo de la medicina, hacen que el médico *seleccione* al donante y *ejecute* la ablación de un órgano.

Creemos que el *rol* que ejerce en ese momento va *más allá* del rol prescrito; ¿es entonces un *meta-rol*

Tal como no encontramos en la medicina antecedentes del desempeño de las funciones del médico en una situación de trasplante con dador vivo, tampoco hallamos en las teorías de los roles una denominación que comprenda al conjunto de tales normas en esa situación.

Pensamos que si se cumplieran una serie de condiciones en la formación (técnica, legal, sociológica, antropológica, psicológica entre otras) del trasplantólogo, el meta-rol de hoy sería el rol del trasplantólogo futuro.

T. S. Kuhn, apunta que *lo mismo en la manufactura que en la ciencia, el volver a diseñar herramientas es una extravagancia reservada para las ocasiones en que sea absolutamente necesario hacerlo.*

*El significado de las crisis es la indicación que proporcionan de que ha llegado la ocasión para rediseñar las herramientas.*

El meta-rol (de *meta: más allá, de otra manera*) sería una extensión del rol, que puede tener otras derivaciones, se aleja del territorio circunscripto en el que la sociedad tiene puesta su expectativa. Nace de un rol clásico, pero con la aparición de nuevas funciones, y en el vacío que se genera para el desempeño de las mismas, el rol se extiende, absorbido por los nuevos reclamos que se producen.

De manera tal, que las consecuencias de esa extensión unas veces pueden *ampliar la función del rol* cuando continúan en el mismo sentido, pero otras veces la extensión (el meta-rol) podría *producir efectos contrarios, enfrentados o paradójicos* con respecto al rol original (de partida), como en el caso del médico con el donante vivo de un órgano.

Esta situación conflictiva se intentó describir en nuestro trabajo a través de la teoría del sistema social, de Parsons. Pero en este sistema debe haber *una garantía de las normas vigentes, una perfecta integración entre las orientaciones valorativas y las motivaciones personales del actor.*

Si bien este sistema podría funcionar en perfecta armonía, sólo lo haría si se ajustara el actor a ese orden ideal postulado (esto no ocurre en el problema que estudiamos).

Por lo tanto, un cambio en la ecuación que propone Parsons (interacción con situaciones de implicancia recíproca), provocaría una ruptura del equilibrio armónico, de manera tal que en este punto, su teoría no puede dar respuesta científica a la transformación de una sociedad, (y al problema de la relación médico-donante vivo tampoco).

Es por ello que la categorización del rol emergente en dicha relación, aún no tiene respuesta. De modo tal que, en la situación de Trasplante con Donante Vivo, el trasplantólogo, al extraer un órgano a una persona sana, genera un conflicto de roles en la relación médico-paciente, asumiendo un rol que va más allá del prescrito para su posición: un meta-rol.

La situación conflictiva que se verifica en el trasplante con donante vivo, con las consecuencias sociales ya explicadas, genera una creciente presión que empuja hacia el trasplante con donante cadavérico u otras formas de solución.

Así lo indica la tendencia de muchos trasplantólogos y el creciente esfuerzo de las organizaciones nacionales e internacionales de procuración de órgano.

Creemos, además, que en el proceso de selección del donante vivo, debe intervenir, junto al médico, un equipo interdisciplinario de profesionales vinculados con el derecho, la filosofía, la psicología, la antropología, la sociología y la ética.

En cuanto a la formación correspondiente a los médicos que trasplantan, pensamos que debe incluir elementos humanísticos, además de los específicamente técnicos.

Dicho contenido humanístico es imprescindible para complementar la preparación técnica en la formación de los profesionales que van a desempeñarse en la situación de trasplante en general, y con donante vivo en particular.

En su ensayo: "L'homme et les hommes", Jean Hamburger ha dicho que *"la investigación científica por sí misma no puede ayudar a establecer reglas de conducta personales o sociales. No puede hacerlo, como tampoco pueden los constructores de barcos forjar el alma de los capitanes. Ni las decisiones morales ni los programas de acción son dictados por la ciencia. Cuanto más, brinda las fuentes de información que permiten elegir con justeza"*.

#### **4.2.3 Sobre la ética de no comercialización de órganos**

Documento del Comité de Bioética del INCUCAI

El principio de legalidad constituye un requisito pre-ético para valorar las acciones sanitarias, en tal sentido, el comercio de órganos se encuentra expresamente prohibido y sancionado por la legislación vigente, ley 24.193.

Las normas jurídicas se apoyan sobre presupuestos morales que le dan sustento; en la disputa por ampliar el abanico de donantes, se conjugan distintas posturas éticas sobre el sentido del cuerpo y la persona, sobre la propiedad corporal y la licitud de la comercialización.

Los mecanismos de procuración de órganos están constituidos por la donación, la remoción y la transacción.

El sistema de la donación, caracterizado como voluntario y solidario, es moralmente electivo. El mecanismo de la remoción, impuesto por la doctrina del consentimiento presunto, para algunos es una intromisión del Estado sobre la autonomía y en la práctica enfrenta a los equipos de trasplantes con el dilema de la angustia y la retracción familiar.

El tercer sistema se impulsa desde la cosmovisión librecambista, que facilita la libre disposición del cuerpo, favoreciendo la comercialización y atentando contra el valor extrapatrimonial del cuerpo.

La contradicción entre las dos corrientes filosóficas que debaten sobre la licitud de la transaccionalidad del cuerpo responden a un modelo anglosajón, que privilegia la autonomía, y otro latino, observado principalmente en Francia, en donde la solidaridad, la fenomenología del cuerpo y el corporalismo mediterráneo, se constituyen en un dique de contención al atomismo moral favorecido por el primer modelo.

Las consecuencias indeseables de favorecer la libre disposición de órganos, estimulando mecanismos de transaccionalidad, se pueden desdoblar desde un punto de vista particular, en relación con el donante y el receptor, por un lado, y por otro con relación a la sociedad en general y a las políticas generales de procuración.

Para el donante: la extirpación de un órgano en el donante, al constituir un acto médico no terapéutico, puede traer perjuicio para la salud o capacidad funcional del mismo, ya que se somete a una persona sana a riesgos quirúrgicos, controles, y seguimientos clínicos permanentes.

La experiencia internacional, como en el caso de la India, en donde existen numerosos órganos ablacionados por año, indica que los donantes lo hacen en circunstancias de máxima necesidad y pobreza, agravándose las consecuencias de la extracción del órgano con la mala nutrición y un deficiente estado de salud.

La autonomía y el consentimiento informado están fuertemente condicionados por la coacción económica y el estado de necesidad, esta es una razón valedera para desalentar la liberalización de donantes, ya que conforme con la teoría de la pendiente resbaladiza, las excepciones se ampliarían inexorablemente de acuerdo al libre juego de poderosos intereses y necesidades básicas insatisfechas.

El mismo razonamiento es aplicable para el caso de potenciales donantes cadavéricos, en donde distintas presiones de orden familiar, económico y social, pueden trastocar el compromiso altruista de la donación.

Para la sociedad: la compraventa o liberalización de la procuración de órganos conlleva inexorablemente a una disminución de actitudes altruistas y solidarias. "Cuando el cuerpo humano puede ser tratado como un bien ordinario que se vende por precios conocidos y predeterminados, se está invitando a la corrupción en la sociedad y a un injusto sistema de acceso y distribución de órganos, ya que el rico estará siempre en el final receptor y el pobre en el de la donación".

Un mercado atomizado de tráfico y circulación de órganos puede interferir y debilitar las acciones de organización centralizada de programas nacionales de ablaciones e implantes, resintiendo la confianza, la justicia y la solidaridad pública.

Tanto el ordenamiento jurídico general (Constitución Nacional, Código Civil), como el particular (Ley 24.193) impiden el ejercicio abusivo de cualquier derecho; en el mismo sentido la hipervaloración de cualquier principio puede conspirar contra una debida armonización con el resto; la sobrevaluación de la autonomía provocaría atomismo moral, donde las consideraciones vinculadas al beneficio general y a la justicia en la distribución de recursos son excluidas, o en el mejor de los casos minimizadas.

Desde situaciones "desesperadas", se retoman argumentos que legitiman la posibilidad de disposición ilimitada del cuerpo, transformando la donación de órganos en una transacción comercial onerosa y regida por las reglas del mercado.

En cuanto a la necesidad de considerar aquellas relaciones de afecto particular, excluidas de la hipótesis del donante vivo relacionado, las mismas constituyen condición de "excepcionalidad" contemplada por la ley 24.193 en el artículo 56; por lo cual no es fundamento para promover una exención en los criterios de restricción vigentes. En tal caso lo que debiera hacerse es una mayor difusión a la ciudadanía de las posibilidades que la actual ley pone a su alcance. Es de destacar, asimismo, que en la jurisprudencia argentina existen resoluciones favorables a la autorización de donación entre personas no relacionadas.

El Comité de Bioética del INCUCAI no reprueba actitudes particulares, producto de la desesperanza y el estado de necesidad, pero estima apropiado reflexionar con prudencia y críticamente sobre las consecuencias de la promoción mercantilizada de órganos, por un lado, y la justicia de la gratuidad incondicionada de la entrega, por otro.

Las consecuencias desfavorables que pudiesen provenir de la liberalización de la donación, imponen la necesidad de mantener las restricciones vigentes.

De esta manera, se constituyen los principios de dignidad, justicia, solidaridad y confianza como los fundamentos morales en la procuración de órganos, al demarcar la geografía legitimante de las políticas trasplantológicas.

### **4.3. Criterios éticos de justicia y distribución de órganos para trasplante**

#### **4.3.1. Criterios de racionamiento que afectan a la "micro distribución"**

En esta sección nos abocaremos a considerar a los criterios éticos en la distribución justa en la actividad trasplantológica.

Oportunamente hemos abordado qué significaba la concepción de justicia como equidad. En esta ocasión detallaremos qué implica ella a la hora de ser justos en la asignación de un bien escaso, los órganos para trasplante.

*Consecuentemente en el abordaje del complejo tema de 'Justicia en trasplante, se torna necesario esclarecer cuáles son los dos momentos de justicia a considerar:*

*1°. Justicia en la accesibilidad y criterios de inclusión de pacientes potencialmente receptores de órganos.*

*2°. Criterios y procedimientos para la selección del paciente receptor del órgano (distribución). En cuanto a la accesibilidad y a criterios de inclusión, se consideran entre otros, a los criterios médicos, a las condiciones socio-económicas y a las perspectivas de éxitos en términos de resultado del trasplante.*

*Respecto de criterios y procedimientos en la asignación del órgano, involucra criterios de "utilidad médica, utilidad social, tiempo en lista de espera, etc."*

*Asimismo cobra relevancia poder comprender que los criterios seleccionados serán divergentes sean éstos sustentados en una ética utilitarista bajo la cual la eficiencia social y el máximo beneficio para los pacientes cobra preeminencia, en detrimento de la perspectiva igualitarista en ética, que redimensiona la igualdad de merecimiento y de oportunidad justa de los pacientes en cuestión.*

Consecuentemente son dos las estrategias en ética biomédica que reflejan sendas concepciones en ética teórica:

a) La ética utilitarista bajo la cual cobra preeminencia el cálculo de las consecuencias de las acciones en términos de eficiencia social y máximo beneficio para los pacientes.

b) La ética igualitarista, según la cual el *deber ser como* condición sine qua no, en tanto principio de la acción moral, considera principio indelegable a la igualdad de merecimiento de las personas y oportunidad justa.

También se hace necesario distinguir en términos de justicia el momento de justicia en el procedimiento del resultado. Es decir, procedimientos justos de resultados justos. No todo procedimiento justo garantiza un resultado justo, pero es importante establecer la justicia del procedimiento en sí mismo.

Ahora bien, en condiciones de escasez de recursos y por ende de necesidad de establecer criterios de racionamiento de recursos escasos validados moralmente, en nuestro caso la asignación de un bien escaso como lo son los órganos, se vuelve preeminente que los criterios de selección de pacientes sean justos, tanto en los procedimientos como en el análisis de los resultados.

Consecuentemente las preguntas acerca de ¿Quiénes y cómo deberían tomar las decisiones? y ¿Qué criterios deberían ser preponderantes? , involucran cuestiones de procedimientos y de resultados tanto en la igualdad de oportunidad en la accesibilidad al trasplante y sus consecuentes criterios de inclusión, como así también la justicia de la distribución de los órganos.

#### **4.3.2. Justicia en la accesibilidad y criterios de inclusión de potenciales pacientes receptores**

*Beauchamp y Childress en Principios de Ética Biomédica aluden a N. Reschel; en la categorización básica según la cual pueden organizarse la recepción de pacientes. Ella está conformada por:*

- a) El factor circunscripción.*
- b) El progreso de la ciencia.*
- c) Perspectiva de éxito.*

*a) El factor circunscripción: Es un factor determinante a la hora de incluir a pacientes en la lista de espera de un trasplante. Según sean los criterios delimitados se volverá más o menos restrictiva la posibilidad en el acceso. Por ejemplo las delimitaciones jurisdiccionales o geográficas, la capacidad de pago, en la inclusión o no de pacientes extranjeros no residentes en el país, etc., acarrearán criterios no médicos, y de fuerte implicación moral no imparcial. En*

EEUU los criterios de regionalización ha creado en ocasiones injusticia; parecería preferible el sistema nacional como prevé la Ley Argentina.

En el caso de pacientes extranjeros, en EEUU siguiendo los lineamientos de la Task Force on Organ Transplantation se propuso que los órganos sean considerados recursos nacionales, públicos, para ser distribuidos de acuerdo con las necesidades del paciente y también la probabilidad de un trasplante con éxito. Los ciudadanos y residentes tienen "un mayor derecho moral" que los extranjeros a la accesibilidad del trasplante. Por ello se convalida por compasión, sólo un 10 % de posibles receptores extranjeros en la admisión a las listas de espera, compitiendo en igualdad de condiciones con los pacientes ciudadanos y residentes, supervisado por las instituciones estadounidenses. En Argentina no se especifica un cupo para extranjeros. Es un debate que aún nos debemos dar.

b) *El progreso de la ciencia*: Tomar este criterio como inclusión de pacientes en lista de espera, sólo se tornaría válido moralmente en la fase experimental. Como señala Beauchamp y Childress, el problema en trasplante es el asumir por parte de los cirujanos trasplantólogos a la etapa como experimental, lo cual implicaría el cumplimiento de normas nacionales e internacionales vigentes para la elaboración de protocolos y fases de investigación biomédica, consentimientos informados, revisión y aprobación por parte de un Comité de Ética de la Investigación, etc.

c) *Perspectiva de éxito*: Oportunidad razonable de beneficio del paciente, sea experimental o no. Ejemplos: Pacientes cardíacos que ascienden a nivel de urgencia y/o emergencia, porque están pronto a morir, siendo que los médicos saben que algunos pacientes morirán de todos modos a pesar del trasplante. Valorar el criterio de justicia en la distribución, no sólo desde los gastos económicos sino el malgastar un bien escaso, como lo son los órganos donados cadavéricos.

Según Beauchamp y Childress, un sistema de lista de espera y urgencia es ineficaz. La perspectiva de éxito esperable, está basada primordialmente desde criterios médicos; los criterios denominados sociales suelen ser fuente de injusticia, como lo son considerar "alcoholismo, inestabilidad laboral, comportamiento antisocial o enfermedad psiquiátrica", como establecían los criterios de Stanford. Son criterios inadecuados para programas que reciben financiación pública. Es peligroso enmascarar detrás de criterios médicos, criterios de utilidad social; el bebé Hospital Universitario de Loma Linda, que es recusado para trasplante cardíaco, porque sus padres no eran casados; los criterios de justicia respecto de la igualdad de oportunidad, mandan a sustituir la ausencia de la red de contención social, primando la utilidad médica (bebé con mayor probabilidad de resultado, más expectativa de vida).

El debate se halla instalado en cuestiones como: ¿Qué se contará como éxito en el trasplante de órganos, el tiempo de supervivencia del injerto, o el tiempo de supervivencia del paciente en relación a criterios de calidad de vida, o de rehabilitación, por una parte, como así también considerar cuáles serán los factores que deberían influir en los juicios sobre la probabilidad de éxito de los mismos?

#### **4.3.3. Criterios y procedimientos para la selección del paciente receptor del órgano. Justicia en la distribución**

Es uno de los debates más controvertido, bajo el cual se han cristalizado básicamente tres criterios: a) utilidad médica; b) mecanismos impersonales de azar y listas de espera y c) utilidad social.

a) *Utilidad médica*. Según Beauchamp y Childress, en el racionamiento de los recursos médicos, es moralmente preciso considerar la utilidad médica, en tanto son consideraciones relevantes, el tratamiento de los pacientes y sus necesidades y el tratamiento con éxito.

En el caso del trasplante, en el que el recurso no es reutilizable la situación se torna más crítica. Por tanto la "utilidad médica" se ordena al uso efectivo y eficiente de los recursos médicos escasos. Esta concepción no está libre de problemas, en tanto que las necesidades de los pacientes y el pronóstico con éxito están cargados de valores.

Por ejemplo, en el caso del riñón, los cirujanos consideran que el criterio de histocompatibilidad es muy importante, puesto que las incompatibilidades menores se corrigen

con ciclosporina. Esto puede conducir a la situación de que personas con un tipo de tejido más raro, se vea limitada en la distribución del recurso injustamente.

*"La necesidad médica y el pronóstico de éxito entran en conflicto algunas veces".*

Los criterios de racionamiento que excluyen por completo los criterios de "utilidad médica", no son defendibles, pero tampoco es el único criterio en pacientes en condiciones semejantes.

*b) Mecanismos impersonales de azar y listas de espera. Este criterio de racionamiento de lotería como lo es la lista de espera, es propicio para distribuir bienes escasos y no divisibles en porciones, aunque no debiera de existir mayores disparidades en las utilidades médicas, como lo es cuando la selección determina la vida o la muerte; es entonces que la evaluación de igualdad de la oportunidad de igual respeto y de igual evaluación de las vidas encuentran justificación, dependiendo de los procedimientos a llevarse a cabo para los mismos teniendo en cuenta las circunstancias.*

Tal es el caso de la National Heart and Lung Institute: "Si el conjunto de pacientes con necesidades médicas iguales exceden el suministro, deben considerarse procedimientos para alguna forma de selección aleatoria. Los criterios de merecimiento social no deben utilizarse".

*c) Utilidad social.* Otro inconveniente a tener en cuenta es que *el criterio de utilidad social varía* en sociedades pluralistas, en las cuales las concepciones respecto de los valores, la reducción de las personas a sus papeles y funciones sociales, suelen ser dispares. De todos modos habrá que analizar las circunstancias, para analizar el peso que el mismo podría cobrar, en situaciones excepcionales en que dicha persona tenga una importancia social crítica dentro de una comunidad (ej. marineros en un bote salvavidas lleno de gente, pacientes médicos en situación de guerra o epidemias, padre sostén de familia, etc.).

#### **4.3.4. Otra perspectiva en trasplantes desde justicia**

*Francis Kamm y el Informe de la Task Force.* No podemos adentrarnos en tan rico documento con la minuciosidad que llevara Kamm, sin embargo tomaremos a través del análisis crítico que ella realizara, algunos tópicos que nos resultan pertinentes.

El objetivo primordial de la distribución en el Informe de la Task Force, es determinar a quién se le otorgará el órgano en condiciones de escasez. El Informe homologa la "necesidad" a la "urgencia". Ahora bien la "urgencia" podría ser evaluada en parámetros de tiempo (inminencia de la muerte), o de calidad de vida. Sin embargo, Kamm observa y nosotros acordamos con ella, que el Informe no evalúa la posibilidad dilemática de la valoración entre "tiempo de sobrevida" postrasplante desde la perspectivas del paciente y no el bien que resultare para la sociedad -por un lado- y "calidad de vida" del paciente por otro.

Según el Informe la predicción del éxito del trasplante se centra en la maximización del resultado exitoso, y ello radica primordialmente en el prevenir el rechazo del paciente. Para ello privilegia tres criterios jerarquizados de la siguiente manera:

1. Criterio de histocompatibilidad
2. Edad del receptor (proporcionalidad inversa; a mayor cantidad de años del receptor, menor cantidad de años de sobrevida.
3. Otras enfermedades.

De los tres criterios expuestos en realidad el énfasis está puesto en la histocompatibilidad del receptor como garantía última del trasplante.

En síntesis, el Informe señala que las claves del éxito del trasplante se centran en la prevención del rechazo del órgano por parte del paciente; el buen comportamiento del paciente en tanto el cumplimiento de la prescripción médica para la vida postrasplante; y apoyo del equipo interdisciplinario en el cuidado del paciente.

Asimismo la recomendación del Comité de la Task Force para pacientes que no cuentan con una familia contenedora, es la de acudir a los servicios sociales, para evitar de excluir al paciente como potencial receptor.

Consecuentemente ante "igual necesidad y resultado exitoso esperable", el orden de prioridad en la lista de espera cobra preeminencia.

#### ***El Ámbito de las Excepciones***

*A continuación el Informe de la Task Force procede a puntualizar los criterios a tener en cuenta para dar lugar a las excepciones, es decir a la alteración del orden de la lista de espera anteriormente reseñado.*

Son ellos:

- a) Individuos que incurrir en gran necesidad al borde de la muerte.
- b) Paciente sensibilizado con la misma expectativa que un paciente no sensibilizado siendo histocompatible, aquel tendría un órgano en primera instancia.
- c) recomendaciones posibles respecto del grupo sanguíneo:
  1. En dos pacientes de similares necesidades no tendrá prioridad excluyente aquel que sea compatible con el tipo sanguíneo.
  2. Sólo se le ofrecerá al paciente que posea el mismo tipo sanguíneo que el órgano donado. Evidentemente que 1 y 2 son inconsistentes e insostenibles (contradictorios), según observa Kamm, oportunamente.

Asimismo los criterios a), b) y c) son amplificadores del criterio de necesidad, representados en orden descendente e incrementados ante la posibilidad de muerte inminente. Todos tienen que ver con la mayor o menor probabilidad del rechazo o aceptación del órgano.

Ahora bien qué quiere significar la Task Force cuando hace referencia como condición preeminente a los a) *¿individuos que incurrir en gran necesidad al borde de la muerte?*

Consecuentemente Kamm interrogando en su significación se pregunta que: a) *¿Ellos necesitan igualmente un órgano para sobrevivir?* b) *¿Ellos necesitan sobrevivir igualmente?*

A la primera pregunta Kamm, responde que Si, mientras que a la segunda pregunta derivada, responde que no.

El Informe de la Task Force, en realidad deriva *la noción de necesidad* de la subpregunta subyacente en: a) *¿Quién morirá más pronto?* y b) *¿Quién tendrá el mejor futuro?* El Informe Task Force está pensado en el sentido de mirar hacia delante (forward-looking way).

Sin embargo desde la perspectiva de Kamm existe otra alternativa posible, y consiste en considerar *"al más necesitado"* (*most needy*). Ello acarrea la perspectiva subsecuente de la persona que morirá habiendo tenido, 1- la última oportunidad para los bienes de la vida. 2- el último bien que es la gran necesidad de vivir.

Mientras que el Informe privilegia el concepto de necesidad en el factor tiempo: *¿Quién morirá más pronto?* *¿Quién tendría el peor futuro?*

En ese sentido lo que privilegia son los resultados en términos de cantidad y calidad de vida.

Por ello el hincapié y el requerimiento de *histocompatibilidad perfecta*. Si *la necesidad entendida no en función de los resultados sino en función de la oportunidad para el disfrute o goce de los bienes de la vida cobrará preeminencia los criterios de histocompatibilidad perfecta deberían ser sino olvidados, por lo menos modificados.*

El Informe de la Task Force sobrevalora la necesidad desde los mejores resultados por sobre la necesidad en la igualdad de la oportunidad. Si el más necesitado no es perfectamente histocompatible pierde la mayor oportunidad de vivir y se lo condena a una mayor chance de morir. Se podría para evitar que el paciente no-histocompatible fuese denegado, echar mano de drogas inmunodepresoras para prevenir al máximo posible el rechazo, y generar la posibilidad del trasplante, aún no siendo óptimos los criterios médicos.

Consecuentemente la necesidad entendida en la segunda acepción (b) podría dar a lugar un "buen resultado" a la hora de satisfacer una gran necesidad. Por ejemplo una persona joven podría vivir un corto período de vida adicional, mientras que una persona mayor podría vivir mayor cantidad de tiempo.

Desde el punto de vista del Informe, que privilegia los resultados en cantidad y calidad, los resultados serían inversos, es decir el paciente joven cobraría prioridad por sobre el más viejo, más allá de ser o no el más necesitado. En tanto satisfacer el disfrute de los bienes de la vida y del último bien que le queda por satisfacer que consiste en poder seguir viviendo, considerando que es más valioso vivir que morir (a menos que el paciente no hubiere expresado lo contrario).

*En síntesis, nosotros consideramos que lo que se está buscando desde el Informe no es más que "la optimización del órgano" entendido "desde el punto de vista de la utilidad", en lugar de privilegiar al paciente, y con él el criterio de la "mayor necesidad".*



*Aún acordando Con Kamm, aunque ella recurre a criterios igualitaristas y utilitarista combinándolas desde una perspectiva normativa poliárquica, quedan interrogantes para responder; como lo es el criterio es de la "mayor necesidad en el retrasplante", atendiendo en él en términos de justicia distributiva. Porque, también hay que decirlo, otorgando el beneficio de un bien escaso al criterio del "más necesitado", dejamos en lista de espera a los "menos necesitados" que en su menor necesidad se les juega la oportunidad de seguir viviendo.*

#### **4.4. Cuestiones pendientes a convalidar en Argentina respecto de otras circunstancias de justicia**

- 1. El empleo de un criterio de distribución que prioriza la eficiencia aplicada a la emergencia, debería ser motivo de análisis, teniendo en cuenta la eficacia del trasplante y porcentaje de mortalidad de los pacientes en lista de espera.*
- 2. Criterios de justicia en pacientes que requieren un retrasplante: análisis de criterios a emplear bajo consideraciones según el mérito. Ejemplo de ello lo constituye un paciente que no se cuida, y desperdicia la oportunidad brindada; en estas circunstancias podríamos estar pensando en criterios de justicia meritosa.*
- 3. Consustanciarse en el análisis del retrasplante asociado a patologías de base complejas en relación a la calidad de vida, y al tiempo de sobre vida del receptor razonablemente esperable desde criterios médicos.*
- 4. Consideraciones de aplicación de criterios de justicia retributiva en casos habilitados según normativa a estipular. Por el la prerrogativas de un paciente que requiriese un trasplante renal, respecto de otro paciente en similares condiciones, por cuanto ha sido donante vivo previamente.*

*Evidentemente los interrogantes y cuestiones que se plantean son múltiples, y consideramos que la mejor de las alternativas, es la convalidada moralmente por principios como el de publicidad (principios conocidos y compartidos por todos) y universalidad de los criterios (igualdad de la oportunidad) convalidados moral, política y legalmente por la ciudadanía a través de los diferentes mecanismos de representación que una democracia republicana ofrece. Es este uno de los mayores desafíos que como sociedad madura tenemos que abordar sin tapujos.*

#### **4.5. Comentario final acerca de la justicia en la accesibilidad y en la distribución en trasplante**

En este sentido es pertinente señalar que en países con profundas brechas socioeconómicas cobran especial preeminencia desde consideraciones de justicia, los criterios médicos de admisibilidad del paciente como potencial receptor que incluyen y con razón fundada en el saber médico, requisitos básicos socioambientales que maximiza la expectativa de éxito del implante y consecuente seguimiento postras plante.

Sin embargo en muchas oportunidades suele suceder que por ejemplo, un niño no reúna las características socioambientales requeridas, con la consiguiente imposibilidad de reunir los requisitos esenciales para su admisibilidad como potencial receptor.

Esta es una de las situaciones dilemáticas que los Comités de Bioética Hospitalarios y/o Institucionales deberían reflexionar desde consideraciones de justicia haciendo lo posible por resguardar los derechos de los pacientes en el ejercicio efectivo de la justicia en el principio de igualdad de oportunidad y trato; es cierto que el criterio socioambiental como requisito médico es indispensable, sin embargo debemos evitar validar condiciones de injusticia previas o concomitantes a la condición de enfermedad del paciente indigente (niño o adulto) en tanto arbitrariamos la posibilidad de que el paciente y su familia fuesen pasibles de una doble injusticia segregándolo por su condición de tal. La tarea es ardua, y se necesitará movilizar a asistentes sociales, abogados, psicólogos en los respectivos ámbitos, ya sean municipales o provinciales, en razón de buscar soluciones, como lo sería buscar casas en comodato, o alguna posibilidad crediticia o subsidios para mejoras indispensables de la vivienda, evitando que ese paciente por razón de su indigencia quede excluido de una posibilidad terapéutica que debiera estar al alcance de todos.

"En el reparto de recursos escasos, como el caso de órganos para trasplantes, debería considerarse la aplicación de principios de justicia distributiva, para ello debería atenderse a un equilibrio equitativo entre las personas, sin establecer distinciones arbitrarias en el reparto de derechos y deberes".

El principio de justicia en salud debe permitir el mayor beneficio de los miembros de una comunidad, estableciendo un trato diferencial sólo en favor de aquellos sectores menos aventajados de la sociedad. Para ello es necesario la moderación y la prudencia, considerando a la transparencia, publicidad y el pluralismo como ingredientes necesarios para la toma de decisiones en la distribución de recursos" (Comité de Bioética INCUCAI).

## **5. OTRAS ALTERNATIVAS EN TRASPLANTES**

### **5.1 Xenotrasplante**

Se llega a pensar en el xenotrasplante, en la búsqueda para resolver uno de los principales problemas que presenta el alotrasplante: la escasez de órganos provenientes de donantes humanos.

La técnica del xenotrasplante en el hombre, es decir el trasplante de órganos provenientes de animales a los seres humanos, ha cobrado a fines de los años 90 y principios del 2000 un enorme impulso; ello en razón de la escasez de órganos apuntada.

Esta cuestión entonces ha requerido que se consideren las diversas implicancias científicas, sociales, médicas y éticas que esta técnica conlleva.

El proyecto es antiguo.

La utilización de órganos o tejidos de origen animal para trasplante en seres humanos tiene ya una historia antigua, remontándose a comienzos del siglo XX donde Jaboulay en Francia trasplanta el primer riñón de cerdo y luego un riñón de vaca a seres humanos, experimentos que tuvieron un fracaso rotundo por el rechazo de los órganos.

En la segunda década del siglo XX se han registrado trasplantes de glándulas endocrinas animales a seres humanos para tratar enfermedades tiroideas; como así también de tejido de testículo de chimpancé en el escroto humano con el objetivo de obtener mejor rendimiento físico e intelectual y luchar contra la senilidad. Luego de estos experimentos la técnica del xenotrasplante fue dejada de lado.

En la década del 50, en plena mitad del siglo XX comienzan a realizarse los primeros trasplantes renales como aloinjertos de donantes vivos, estos primeros trasplantes de órganos entre seres humanos tuvieron un éxito relativo para hacer frente a enfermedades crónicas, hecho que dio lugar nuevamente a pensar en el xenotrasplante.

Con la inmunosupresión lograda por la azatioprina y la prednisona, al comienzo de los sesenta, se comenzaron a utilizar en los Estados Unidos riñones de chimpancés, y en Estados Unidos y Francia contemporáneamente riñones de mandriles.

No se consiguieron buenos resultados, por lo cual se abandonó esa práctica. Por otro lado, y en lo que respecta a órganos no dobles, en 1964 Hardy en Estados Unidos trasplanta el corazón de un chimpancé a un ser humano, resultando en un fracaso con la muerte del paciente en pocas horas.

En 1985 un bebé prematuro sobrevivió 20 días con un corazón de mandril.

En 1992 se realizaron cuatro xenotrasplantes hepáticos en el hombre que no dieron resultado.

Se comenzaron a usar donantes porcinos.

Se trasplantó un corazón de cerdo a un hombre, falleciendo el receptor al cabo de algunas horas. En 1995 también un hígado de cerdo en forma temporaria a un paciente con hepatitis fulminante, con unas treinta y cuatro horas de supervivencia.

Continuaron perfusiones extracorpóreas de hígados de cerdo y luego de otros animales, para tratar la insuficiencia hepática aguda.

En 1996 se practicó un trasplante de médula ósea de mandril a un paciente afectado de Sida en los Estados Unidos. Este injerto de células de mandril no fue viable, posiblemente por insuficiente radio quimioterapia del receptor.

Otros tipos de injertos, como el de células fetales a pacientes neurológicos y de islotes pancreáticos a diabéticos fueron realizados sin resultados.

Sin embargo, se siguen proyectando nuevos ensayos clínicos con cerdos transgénicos desde hace pocos años en Estados Unidos y Europa.

Contando con la biología molecular pudo lograrse la creación de animales transgénicos, modificando el genotipo de un animal, para disminuir las consecuencias de la reacción antígeno anticuerpo en el ser humano.

Esto sigue en estudio para tratar de evitar los mecanismos de rechazo en los xenotrasplantes. Otro problema, son los riesgos por pasaje de agentes infecciosos al hombre desde el animal, como por ejemplo, el retrovirus endógeno porcino.

### **5.1.1. Consideraciones éticas**

El problema de la escasez de órganos que llega a nuestros días ha hecho que se ponga la mirada en otras fuentes de provisión de órganos para trasplante, como serían los animales, dando lugar así, a que, a fines del siglo XX y comienzos del presente siglo, salga a la luz nuevamente y con más fuerza la posibilidad cierta del xenotrasplante.

Esto ha obligado a considerar las diversas cuestiones éticas que esta técnica conlleva, generando así reuniones y documentos internacionales con los que se pretende un replanteo de esta temática desde un punto de vista transdisciplinario.

*Se debe considerar la posibilidad de transmisión de enfermedades desconocidas de origen animal a los seres humanos, originadas en el injerto (xenozoonosis), especialmente aquellas originadas en virus lento lo que podría generar una pandemia.*

*Se mencionan como ejemplos para tener en cuenta el virus de Ébola, el virus del mono Marburg que ha provocado enfermedades severas en humanos, el virus de HIV que según varios estudios procede de retrovirus de monos y la Encefalopatía Espongiforme Subaguda (enfermedad de Jakob Creutzfeld, enfermedad de Strausler Scheinkel; enfermedad de Insomnio maligno familiar) más conocida como el "mal de la vaca loca". En este punto entonces la cuestión ética no se refiere sólo en cuanto a la posibilidad de generar un daño mayor a un nivel individual, sino las potenciales implicancias sociales en lo que a la salud pública compete.*

Por otro lado, el xenotrasplante al día de hoy es aún una terapia experimental, con lo cual cabría preguntarse acerca de qué tipo de consentimiento informado deberá dar el receptor, cuando, y según las guías internacionales se debe informar de los riesgos potenciales, aún desconocidos; riesgos que como hemos dicho antes pueden no quedar circunscriptos en un solo sujeto, sino que podrían comprometer a la sociedad. En última instancia el xenotrasplante genera un importante debate que es la salud pública, que podría verse comprometida seriamente y con consecuencias aún no previsibles, frente a la posibilidad cierta de poder prolongar la vida de los individuos particulares.

*Son desconocidas además las consecuencias potenciales en cuanto a la repercusión en el genoma humano de este entrecruzamiento transgénico, cuestión esta que al día de hoy es imposible de prever.*

*Otra cuestión que debe ser considerada en la temática que hoy nos ocupa es aquella que desde el punto de vista de los animales pasibles de ser donantes está implicada, y nos estamos refiriendo a los animales transgénicos que se están produciendo, lo cual implica la modificación del mapa genético de éstos y pérdida de la identidad como miembros de su especie.*

*Esta práctica se está realizando con cerdos a fin de modificar en algo su sistema de histocompatibilidad para disminuir o evitar el rechazo del injerto por parte del receptor.*

*La Organización Mundial de la Salud a través del Reporte sobre Xenotrasplante, realizado en Suiza en octubre de 1997 aborda además las diversas cuestiones mencionadas poniendo además otro punto adicional de consideración que se refiere a las implicancias sociales, culturales y religiosas que el xenotrasplante implicaría en los diferentes países del mundo.*

En Francia, el Comité Consultivo Nacional de Ética admitió en 1999 los progresos de las investigaciones de xenotrasplante, pero advirtió sobre los ensayos clínicos, que aún serían prematuros.

### **5.1.2. Estado actual del xenotrasplante**

La técnica del xenotrasplante implica el desafío de acortar las enormes diferencias e incompatibilidades biológicas que se vinieron desarrollando a lo largo de millones de años con la evolución de las especies.

Como hemos visto, los dilemas éticos en ella implicados, son de diversa índole y pueden ser considerados tanto desde un punto de vista antropocéntrico como también desde un punto de vista más holístico, si se tomaran en cuenta las cuestiones inherentes a los animales.

Es decir, en cuanto al animal donante se debe utilizar el número necesario de los mismos, llevando al mínimo la posibilidad de sufrimiento o dolor.

Con todo ello, al estar esta práctica aún en vías de investigación y no poder sopesar con exactitud las cuestiones precisadas, es que diversos estados han creado a nivel local comisiones a fin de considerar estas cuestiones, que por otro lado también fueron abordadas a nivel supranacional por la Organización Mundial de la Salud. En todos estos informes hay un acuerdo en relación con las cuestiones éticas implicadas, y por otro lado, hay acuerdo también en establecer una moratoria en la puesta en práctica masiva de los ensayos clínicos del xenotrasplante hasta que no se produzcan más datos adicionales acerca de las consecuencias del mismo.

### **5.1.3. Perspectivas**

Se advierte que el xenotrasplante es un tema que requiere la cooperación y coordinación internacional a fin de promover la seguridad y eficacia de esta posibilidad terapéutica, así como la necesidad de que el mismo se desarrolle en conformidad con principios éticos y legales basados en el respeto de la dignidad humana y derechos individuales, tomando en cuenta además los intereses de la comunidad.

En definitiva, aún falta mucho por andar para que esta práctica sea de uso corriente en el tratamiento de enfermedades.

Es necesario lograr una orientación pedagógica destinada fundamentalmente a explicar las posibilidades ciertas de eficacia del xenotrasplante, por un lado, y por otro el respeto por los animales y la naturaleza.

## **5.2. Clonación**

La sociedad ha recibido las primeras noticias del nacimiento de la oveja Dolly, como expresión de una tecnología que aunque ya anunciada, no dejó de causar asombro y expectativas extraordinarias.

Esta experiencia llevada a cabo en 1997 por los científicos del Roslin Institute, nos dejan mensajes contradictorios: si bien los científicos responsables de esa clonación, manifestaron su oposición a que técnicas como la empleada por ellos, se apliquen a seres humanos, por otro lado la solicitud de las patentes para sus tecnologías de clonación tienen tal amplitud que se aplican a todos los mamíferos, incluyendo a los seres humanos.

Hacia tres años que la promoción de la Human Cloning Foundation para la investigación de la clonación humana podía visitarse en Internet.

Los acuerdos internacionales en general valoran la clonación humana como éticamente inaceptable, pero desde el nacimiento de Dolly algunos filósofos y científicos han bajado el tono sobre el problema ético que pudiera causar; entre ellos, Victoria Camps o José L. Oliver Jiménez.

### **5.2.1. Las técnicas de clonación**

Se llama clonación de acuerdo a Riechmann, *"al proceso de multiplicación asexual por el cual se producen, a partir de un organismo, varios individuos genéticamente idénticos al primero. Llamamos clones a los descendientes genéticamente idénticos de un único organismo (el término procede del griego: clon significa etimológicamente retoño o esqueje). Existen en la naturaleza: la producción asexual de las bacterias crea clones, las plantas que se reproducen por esquejes también, y entre los mamíferos se dan de vez en cuando gemelos monocigóticos. Sin embargo, hasta hace pocos años nos estaba vedado clonar vertebrados intencionalmente"*.

Las dos técnicas de clonación conocidas son por separación de embriones y transferencia nuclear.

No nos vamos a extender en este punto, pero es importante saber que la clonación por separación de embriones, que se usa desde hace años en la ganadería industrial (con muchos casos de malformaciones monstruosas), consiste en la fecundación y cultivo de un óvulo in vitro hasta que se llega aun embrión de entre cuatro y dieciséis células, momento en que se separan varias células del embrión, para recubrirlas con los nutrientes y cultivar así los nuevos embriones.

En tanto que, la clonación por transferencia nuclear, consiste en extraer el ADN del núcleo de una célula e insertarlo en un ovocito vaciado de su propio núcleo.

La oveja Dolly se obtuvo a partir de una sola célula somática de adulto. Riechmann comenta que *"la novedad científica que aportó la famosa oveja estriba en la demostración de que el material genético de las células somáticas diferenciadas puede revertir a la totipotencia indiferenciada de su estado embrionario, dando marcha atrás al reloj biológico, por así decirlo"*.

### **5.2.2. Los fines de la clonación**

Podemos distinguir entre la clonación humana con fines reproductivos y la clonación no reproductiva, cuyas finalidades pueden ser la investigación, diagnóstico y terapia.

Nosotros no nos vamos a referir a la clonación con fines reproductivos pues son innumerables los problemas morales y éticos que se pueden presentar en este tipo de clonación.

Desde la perspectiva de los trasplantes de órganos, debemos mencionar que clones humanos obtenidos mediante transferencia nuclear, se podrían utilizar como "bancos de órganos".

En un caso extremo estaríamos mutilando o matando aun ser humano para beneficiar a otro. En otros casos se "cultivarían" embriones humanos hasta extraerse de ellos las células precisas para los tratamientos.

Se está trabajando en variadas técnicas, entre ellas destacándose las que operan sobre el cultivo de las células madre.

Las complicaciones con las técnicas de clonación se generan desde las restricciones legales y presupuestarias.

En ese sentido, los distintos países aún no han llegado aun acuerdo unánime.

### **5.2.3. Conclusión**

En este momento, es difícil prever el futuro de la clonación, teniendo en cuenta los enfoques encontrados de diversas corrientes dentro de la comunidad científica a favor y en contra de esta modalidad.

*"No se trata de frenar el conocimiento científico", expresa Riechmann, y agrega "renunciar a la racionalidad científica sería renunciar a algunas de las formas más útiles e importantes de aproximación a la realidad; supondría amputar decisivamente la naturaleza humana y mutilar sin remedio la política democrática. No ha de pedirse menos ciencia: se trata antes bien de más ciencia, pero ciencia responsable. Que el desarrollo tecnológico configure la sociedad no es un destino ineluctable; por el contrario, la sociedad puede y debe configurar el desarrollo tecnológico. Sólo la vía de la responsabilización de los trabajadores y trabajadoras de la ciencia, junto con el control social democrático sobre la ciencia y la tecnología, pueden impedir que el desarrollo tecnológico aparezca como un proceso autónomo e irresistible. Y esta autodeterminación social sobre lo que debe y no debe hacerse es irrenunciable"*.

### **5.3. Ética y trasplante de órganos**

Hemos visto los antecedentes históricos de los trasplantes y llegados a mediados del siglo XX la concreción de esta técnica en los humanos.

Alrededor de la misma se han desarrollado numerosos adelantos científicos en la búsqueda de evitar el rechazo y procurar nuevas fuentes de órganos.

Esto ha permitido el descubrimiento de nuevas drogas inmunosupresoras, la aparición del xenotrasplante y las técnicas de clonación.

No menos importante ha sido el análisis profundo y sistemático de los criterios de muerte, para hacer posible la donación de órganos cadavéricos.

Todo esto, enmarcado en una sociedad donde cobra cada vez más auge, la presencia del mercado y la llamada globalización; las crisis sociales y étnicas, y la pauperización de vastos sectores, determina que la presencia de la bioética se haga imprescindible para tratar de asegurar los beneficios de la equidad en general, y debatir críticamente los problemas de los trasplantes en particular.

La tecnología con que contamos nos habla de la maravilla de la ciencia, pero no debemos olvidarnos que sólo constituye una herramienta que debe ser usada para el beneficio de la humanidad.

Bertrand Russell ha dicho al respecto que *"Los nuevos poderes que la ciencia ha dado al hombre pueden ser manejados sin peligro por aquellos que, bien por el estudio de la historia, o por su propia experiencia de la vida, hayan adquirido alguna reverencia por los sentimientos humanos y alguna ternura por las emociones que dan colorido a la existencia cotidiana de hombres y mujeres"*.

### Referencias bibliográficas

1. Aguila, J.C. *Teoría Sociológica. Sistematización Histórica*. Buenos Aires. Ediciones Depalma, 1987
2. Arauz Castex, M. *"Derecho Civil" Parte General, Tomo II*. Cooperadora de Derecho y Ciencias Sociales. Bs. As. 1974.
3. Art. 16. Código Civil: *"Si una cuestión civil no puede resolverse, ni por las palabras, ni por el espíritu de la ley, se atenderá a los principios de leyes análogas"*.
4. Art. 42,43 De la Constitución Nacional. Ley 24.240 (Defensa del Consumidor). 5. Art. 75 C. N., inc. 22 de la Constitución Nacional.
6. Art. 897 del Código Civil *"Los hechos se juzgan voluntarios si son ejecutados con discernimiento, intención y libertad"*.
7. Art. 913 C. C.: *"Ningún hecho tendrá el carácter de voluntario, sin un hecho exterior por el cual la voluntad se manifieste"*.
8. Ashwal S, Schneider S. "Brain Death in Children: Part I." *Journal of Perinatology* 1987; 3 (1): 5-11.
9. Ashwal S, Schneider S. "Brain Death in Children: Part II." *Journal of Perinatology* 1987; 3 (2): 69-77.
10. "Aspectos éticos y psicosociales de los xenotrasplantes". *Revista española de trasplantes* 1998; 7 (4): 244-247.
11. Bachelard, G. *Formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. 12a edición, México, Siglo XXI Editores, 1984.
12. Balint, M. *El Médico, el Paciente, y la Enfermedad*. Col. Biblioteca de Psiquiatría Dinámica, Buenos Aires, Editorial Libros Básicos, 1961.
13. Beauchamp, T, Childress, J. *"Principles of Biomedical Ethics"*. New York, Oxtord University Press, 1989, 3rd. ed.
14. Beauchamp, T. L., Mc Cullough. *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. Edit. Labor. S. A. España. 1987.
15. Bertomeu, M.J y Vidiella, G." *Persona Moral y Derecho a la Salud*". Boletín OPS. pp. 49-58.
16. Bertomeu, M.J y Vidiella, G. *"Asistir o Capacitar"*. En *"Perspectivas Bioéticas"* en las Américas. pp. 50-66. Año 1.Nº 1.1996. FLACSO.
17. Bevacqua, A.; Maglio, I.; Barreda, V. *"Proposol of a neq model of hospital care in HIV/AIDS"*. XI International Conference on AIDS. Vancouver, Canada. Julio 1996. Abstract (Mo.B.1153)
18. Brenner, B y Rector, F. *The kidney*, Vol. II. Philadelphia. Editorial Saunders Company, 1976.
19. Broekman, J. *Encarnaciones. Bioética en formas Jurídicas*. Edit. Quirón. Gonnet. 1994.

20. Buter, M. ¿Qué es el hombre? Col. Breviarios, N° 10. Segunda reimpresión argentina de la 1a Edición es español, Buenos Aires. Edit. Fondo de Cultura Económica, 1990.
21. Caring For Gravely III Children. Oct. 1994, Vol. 94 Núm. 4, 433-9.
22. Carranza, J. A. *Los trasplantes de órganos*. N° 3, Editorial Platense, La Plata, 1972.
23. Casabona, C. "*Los dilemas éticos de los xenotrasplantes*". Publicado en JANO Diario, Medicina en la Red. Artículo 1292. Oct. 1999.
24. Cecchi, R. y Del Vecchio, S. "*Diagnosis of Brain Death in Anencephalic Infants*".
25. Chiappa, KH. "*Evoked Potentials in Clinical Medicine*". First Edition. Raven Press. New York. 1983: 133-134.
26. Childress, J. F. *E/lugar de la autonomía en la bioética*, en Luna F.; Salles A. Edit. Sudamericana. Bs. As. 1998.
27. Cifuentes, S. "*Derechos Personalísimos*", Edit. Astrea. Bs. As. 1995.
28. COMITÉ DE BIOÉTICA INCUCAI. Documento de Intención sobre los principios éticos en la Procuración y Trasplante de Órganos y Tejidos". Punta Del Este. Uruguay, 2000.
29. Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. A definition of irreversible coma. *JAMA* 1968; 205: 337-340.
30. Committee on Bioethics .American Academy of Pediatrics. "Infants with Anencephaly as Organ Sources: Ethical Considerations". *Pediatrics* 1992; 89 (6); 1116-1119.
31. Conclusiones de la reunión de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) sobre: recomendaciones ante la introducción del consentimiento informado en hospitales. *Rev Calidad Asistencial* 1994; 2: 75-76. Madrid. España.
32. Consejo de Europa. Asamblea Parlamentaria. Informe sobre Xenotrasplante, Comité de Ciencia y Tecnología. Documento 8166, elaborado el 15 de octubre de 1998, aprobado por la Asamblea Parlamentaria el 29 de enero de 1999.
33. Consentimiento Informado y Autonomía del paciente" *JANO* 1995: 48 (1114): 609.
34. Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, Ley básica de salud, 153, Constitución de la Pcia. De Santa Fe (art. 19).
35. Costa, M. V. "El concepto de autonomía en la ética médica: problemas de fundamentación y aplicación". *Perspectivas Bioéticas en las américas* 1996; 1: 2.
36. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. "The use of Anencephalic Neonates as Organ Donors. *JAMA* 1995; 273 (20): 1614-1618.
37. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. "A reconsideration of AMA Opinion on Anencephalic Neonates as Organ Donors". *JAMA* 1996; 275 (6): 443-444.
38. Dictamen de enero de 1989, citado por Iznardo Figuerola C. ob. cit. "*Sobre la negativa de los enfermos pertenecientes a la confesión religiosa testigos de Jehova a recibir transfusiones de sangre*. Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de la Salud.
39. Dominguez Mon, A. B. "*El consentimiento informado en salud: reflexiones sobre los sentidos sociales de la bioética*".
40. Durkheim, E. *Las reglas del método sociológico*. Ed.Orbis S.A., Hyspanoamerica 3a. Ed. sobre la 18a francesa (P.U.F.) pág. 38.
41. Dworkin, A. "*El Dominio de la Vida, una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*". Ed. Ariel, Barcelona. 1994.
42. Eraker, S.; Politser, P. "How Decisions are Reached: Physician and Patient". *Annals of Internal Medicine* 1982; 97: 262.
43. Ethical Issues In Pediatric And Neonatal Resuscitation" en *Annals of Emergency Medicine*. Vol. 22, Núm. 2 (11), pág. 236-41, citado por Iznardo Figuerola C. ob. cit.
44. Essen, J.: "*Teoría del Conocimiento*", Col. Biblioteca Clásica Contemporánea, N. 3, 22ª Edición, Buenos Aires, Editorial Losada, 1985.
45. Firmenich, B. M. "*El Derecho a la Atención de la Salud*". Monografía de Maestría en Ética Aplicada. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires, 1999.
46. Firmenich, B. M. "*El Derecho a la Vida y Donación de Órganos*". Ponencia pronunciada en el Palacio Legislativo del GCBA en el marco de la Jornada: "Para que los niños puedan ejercer sus Derechos". 2001.

47. Gert, B. " A complete definition of death", en *Perspectivas Bioéticas en las Américas*. Número monográfico: Problemas al final de la vida: Definición de muerte, eutanasia, muerte asistida. FLACSO y Oficina de Publicaciones del CBC, UBA. N° 4, 1997. P.638
48. Gert, B. "Morality, a new justification of the moral rules". Oxford University Press. New York. Oxford, 1998. 49. Gherardi, C. "La muerte cerebral. Treinta años después: ¿tiene el mismo significado? *Ouiron* 1999; 30 (1): 70-79.
50. Gorvein, N.; Polakiewicz, M. "El derecho del niño a decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo" en "Bioética, Sociedad y Derecho", Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales "Dr. Ambrosio L. Gioja" UBA. Editora LEMA. Buenos Aires 1995.
51. Gracia Guillen, D. Fundamentos de Bioética. EUDEMA. Madrid. Gracia, D. Procedimientos de Decisión en Ética Clínica. Edit. Eudema. Madrid. 1991.
52. Green Me and Wikler D. " Brain Death and Personal Identity". *Philos Pub. Affairs* 1980; 9: 105-153.
53. Guariglia, O. "El concepto normativo de "persona" y los criterios de justicia distributiva en una sociedad democrática". *Desarrollo Económico* 1992; 32: 23-33.
54. Guideline Three: Minimum Technical Standards for the EEG recording in suspected cerebral death. (Guidelines Committees of the American Electroencephalographic Society). *J Clin Neurophysiol* 1994; 11 (1): 10-13.
55. Hamburger, J. "Los límites del conocimiento", Col. Popular, 1a Edición, 1986.
56. Highton, E. I.; Wierzba, S. M. "La relación médico-paciente: El consentimiento informador. Edit. Ad-Hoc. Bs. As. 1991.
57. Houssin, D. "Xenotrasplante, aspectos médicos, científicos y éticos" Conferencia en el Simposio Internacional sobre procuración y trasplante de órganos. Buenos Aires 30 de mayo de 2000.
58. "Human Rights Law Journal", 30/ 9/93, Vol. 14, Num. 7,8, pág. 280-2.
59. Hume, D. "Tratado de la Naturaleza humana", Col. Historia del Pensamiento, N° 17, 1a Edición, Buenos Aires, Hyspamérica Ediciones Argentina, 1984.
60. Jonas, H. "Técnica, Medicina y Etica". Paidós. Básica. 1997.
61. Kamm, F. M. El Informe de la Task Force de los EEUU sobre Trasplante de Órganos. Crítica y Alternativas. *The Mountain Journal of Medicine* 1989.
62. Kamm, F. M. "Morality, Mortality." Vol. I Oxford University Press. I. sección. 1993.
63. Kraut, A. "Los Derechos de los Pacientes", pág. 150 y ss., Edit. Abeledo Perrot, Bs. As., 1997. 64. Kraut, J. "Deber de información y derecho a la información", JA, 1992-11-834.
65. Lain Entralgo, P. "Historia de la Medicina", Barcelona, Salvat Editores S.A., 1978 pág 8 y s.s.
66. Lain Entralgo, P. "Historia de la Medicina", Col. Biblioteca Médica de Bolsillo, 3a Edición, N°21, Barcelona, 1979.
67. Ley 11.044. Pcia. Bs. As. Investigación. Disposición ANMAT 5330/97. Buenas Prácticas de Farmacología en Investigación Clínica.
68. Ley 17.132, art. 19, inc. 3°. 69. Ley 23.798 Dec. 1244/91.
70. Ley 24.193 Ley de Trasplante de órganos y Material Anatómico Humano.
71. Ley 24.193, art. 13°.
72. Ley Nacional N. 24.193/93 y Decreto Regiamentario N. 512/95. Ley de Trasplante de Órganos y Material Anatómico Humano. Argentina.
73. Loyorte, D. "La Convención Internacional de Bioética y los derechos humanos de la generaciones actuales y futuras". JA, 1997.
74. "Médico, legal and Ethical Aspects". *Medicine and Law* 1995; 14: 3-8.
75. Machado, C. "A new definition of death based on the basic mechanisms of consciousness generation in human beings" *Developments in Neurology* 9. Eisevier 1995. Brain Death.
76. Machado, C. "Four years after the First International Symposium of Brain Death in Havana' Could a definitive conceptual re-approach be expected?".
77. Mahowald, M. y col.: "The Ethical Options in Transplanting Fetal Tissue". *Hasting Center Report* 1987; 9-15. 78. Marshall, P.: "Anthropology and Bioethics". *Medical Anthropolgy Quarterly* 1992; 6 (1): 49-732.



79. Mizrahi, E. y col.: "Neocortical Death in Infants: Behavioral, Neurologic and Electroencephalographic Characteristics". *Pediatric Neurology* 1 (5): 302-305.
80. Morgan Capron, A.: "Anencephalic Donors: Separate the Dead from the Dying". *Hasting Center Report* 1987; 5-8.
81. Muller, J.: "Anthropology, Bioethics, and Medicine: A Provocative Trilogy". *Medical Anthropology Quarterly* 1994; 8 (4): 448-467.
82. Nino, C. S. *Introducción al análisis del derecho*. Edit. Astrea. Bs. As. 1998.
83. OPS/OMS. "*Constitución de la Organización Mundial de la Salud*". Washington D.C. Documento Oficial.1988.
84. Orgaz, J. *Crisis y Reacción de la Medicina Contemporánea*. Ed. Morena. Córdoba. 1960-pág 149.
85. Pallis, C. "Death". *Encyclopedia Británica* 1986; 16: 1030-1042.
86. Pallis, C. "Brainstem Death. Handbook of Clinical Neurology: Head Injury". *El seviens* 1990; Vol 13 (57): 441-446.
87. Pellegrino, E.D.: "*La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica*". *Bioética, temas y perspectivas*, Publicación Científica N.: 527. Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C. 1990.
88. Protocolo de Diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos (Muerte Encefálica). INCUCAI y Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Resolución 34/98 del 20 de marzo de 1998. Boletín Oficial N. 28.865.
89. Prusiner S. "*Priones, su estructura y enfermedades producidas por ellos*". Conferencia. Congreso Internacional de Neurología. Buenos Aires, 1997.
90. 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: Guidelines for the Determination of Death. *JAMA* 1981; 246 (19): 2184-2186.
91. Reporte de la Organización Mundial de la Salud, Comisión de Consulta sobre Xenotrasplante. Ginebra, Suiza. 28-30 de octubre de 1997.
92. Ritzer, G. *Teoría sociológica Contemporánea*, 3a Edición, McGraw-Hill Editores, Madrid, 1995.
93. Ross, J. W. "Handbook for Hospital Ethics Committees". American Hospital Publishing. Inc. 1986.
94. Russell, B. *La perspectiva científica*. Ed. Sarpe S.A., 12985. P.Teixeira, 8.Madrid. Pág.214.
95. Sainz, A.; Quintana, O. "*Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento*". *Rev. Calidad Asistencial* 1994; 2:72-74, Madrid. España.
96. Salles, A. L. F., "*Toma de decisiones terapéuticas. Introducción*", en "*Bioética - Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*", Florencia Luna - Arleen L. F. Salles. Edit. Sudamericana. Bs. As. 1998.
97. Singer, P.A. Is the sanctity of life terminally ill?". *Developments in Neurology* 9. Brain Death. Elsevier 1995.
98. Singer, P. *Repensar la vida y la muerte, el derrumbe de nuestra ética tradicional*. Paidós Transiciones, 1997.
99. Soriano, S; P. de Cahn, R.; Cahn, P. El proceso de asesoramiento como instrumento de prevención en sida". *Actualizaciones en sida* 1999; 7: 93-119.
100. Tanús, E. "En nombre de la medicina": *Rev. MEDICINA*
101. Tanús, E. "Prolongación de la vida y tecnología" *Rev. Archivos de Medicina Interna*, Vol. XX, 157. Diciembre 1998-Montevideo
102. Tanús, E. *Sociología y trasplante de órganos*. Ed. Universidad de Belgrano.1996, Bs. As.
103. Task Force for the Determination of Brain Death in Children: Guidelines for Determination of Brain Death in Children. *Pediatrics* 1987,80: 298-300.
104. Tealdi, J. C. "El uso de los cuatro principios de la bioética en la ética profesional". II World Congress of Bioethics, Bs. As. 1994.

105. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects. W. D. C. 1978.
106. The Medical Task Force on Anencephalic. "The infant with Anencephaly. Special Article". *The New England Journal of Medicine* 1990; 322 (10) 669-674.
107. Troug, R. "Is time to abandon Brain Death?". *Hasting Center Report* 1997; 58 (5/2): 29-37.
108. Weber, M. *Ensayos de Sociología Contemporánea I y II, Col. Obras Maestras del pensamiento Contemporáneo*, 1 a Edición, N.50, Barcelona, Editorial Planeta Agostini, 1985.
109. White, D. *Xenotrasplantation -a solution to the donor organ shortage. Chapter 25 en Organ and tissue donation for trasplantation*. Chapman Deirhoy and Wheight. Ed. Arnold, London; Oxford University Press, USA, 1997.
110. Wikinski, J.; Piagglo, A. I "El consentimiento informado. Tercera parte. La Doctrina del Consentimiento Informado". *Rev. Arg. Anest.* 1993; 51 (3): 159-176.
111. Wikler, D. "Una definición individual esencialista de la muerte". *Perspectivas Bioéticas en las Américas*. Número monográfico. Problemas al final de la vida: Definición de muerte, eutanasia, muerte asistida. *FLACSO y Oficina de Publicaciones del CBCUBA* 1997; 4: 6-38.
112. Wikler, D. "Who defines death?". Medical, legal and Philosophical perspectives. *Brain Death* 1995; 13- 23.
113. Yznardo Figuerola, C. "Menores maduros y consentimiento informado". *Rev. Latinoam. Der: Méd. Medic. Leg.* 1996/1997; 1(2)/2(1): 31-37.

