

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a blue rectangular background.

"Donación cadavérica de órganos y tejidos. Dilemas Bioética" ["Cadaveric organ and tissue donation. Dilemmas Bioethics"]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Arévalo Leal, J. Sinay
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-10-26 08:16:04
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215491

“DONACIÓN CADAVÉRICA DE ÓRGANOS Y TEJIDOS. DILEMAS BIOÉTICOS”

J. Sinay Arévalo Leal

Hasta este punto tenemos claridad del desarrollo y los logros en los trasplantes de órganos y tejidos, sabemos las definiciones oficiales de algunos puntos y su objetivo central. Sabemos también que el punto donde pueden resultar conflictos es el referente al contexto, a las circunstancias y condiciones en que se realiza y que condicionan el procedimiento.

Es así como las dificultades se pueden ubicar en la definición de la muerte y su diagnóstico, el comercio de órganos, la donación de órganos de sujetos vivos, el consentimiento informado –tanto para el donante como para el receptor–, las relaciones con la información y los medios de comunicación, el trasplante de tejidos fetales, los xenotrasplantes y la implementación de la tecnología cibernética y por supuesto siempre será inquietante la manera como se van a distribuir y asignar los recursos obtenidos.

Una vez delimitado el campo general de discusión, debo señalar que abordaré estos dilemas desde una perspectiva que abarque lo racional y lo razonable y que por supuesto tendrán su base en los principios bioéticos de *Justicia* y *No-maleficencia*, mínimos que obligan desde el terreno público a la equidad y a no hacer daño, y los de *Beneficencia* y *Autonomía*, que desde el ámbito privado promueven el hacer el bien y el respeto por las decisiones y las

preferencias individuales, que a su vez son los generadores de los mismos conflictos cuando se encuentran amenazados o son francamente violados¹.

En estos cuatro principios se basan, concretándolos y operativizándolos, los *principios rectores del trasplante de órganos humanos*, enunciados por la 44ª asamblea mundial de la salud el 13 de mayo de 1991, que dicen que:

Principio rector 1: podrán extraerse los órganos del cuerpo de personas fallecidas para fines de trasplante si:

- a) se obtiene la autorización exigida por la ley.
- b) no hay razones para pensar que la persona fallecida, a falta de su consentimiento formal prestado en vida, se oponía a la extracción.

Principio rector 2: los médicos que hayan determinado la muerte de un donante potencial no deberán participar en la extracción de órganos del donante ni en los procedimientos subsiguientes de trasplante, ni ocuparse de la asistencia a los receptores potenciales de esos órganos.

Principio rector 3: los órganos para trasplante deberán extraerse preferiblemente del cuerpo de personas fallecidas. Sin embargo, los adultos vivos podrán donar órganos, pero en general esos donantes deberán estar genéticamente emparentados con los receptores. Podrán admitirse como excepciones el caso del trasplante de médula ósea y de otros tejidos regenerables aceptables.

Podrá extraerse un órgano del cuerpo de un donante vivo adulto para fines de trasplante si el donante presta libremente su consentimiento. El donante deberá prestarlo libre de toda influencia o presión indebida, y ser suficientemente

1. Estos cuatro principios, que tienen su raíz en el *Informe Belmont* [National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research], expresan materialmente el sistema de referencia moral que fundamenta la vida de las persona y por supuesto la ética médica y que habla de que "*el hombre es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio*" (premisa ética) y la de que "*en cuanto personas, todos los hombres son iguales y merecen la misma consideración y respeto*" (premisa ontológica) [Gracia D].

informado para que pueda comprender y sopesar los riesgos, ventajas y consecuencias de su consentimiento.

Principio rector 4: no deberá extraerse ningún órgano del cuerpo de un menor vivo para fines de trasplante. En la legislación nacional podrá admitirse excepciones en el caso de tejidos regenerables.

Principio rector 5: el cuerpo humano y sus partes no podrán ser objeto de transacciones comerciales. En consecuencia, deberá prohibirse el pago o el cobro de un precio (incluida cualquier otra compensación o recompensa) por los órganos.

Principio rector 6: deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de órganos cuyo fin sea ofrecer o recabar un precio.

Principio rector 7: los médicos y demás profesionales de la salud no deberán participar en procedimientos de trasplante de órganos si tienen razones para pensar que esos órganos han sido objeto de transacciones comerciales.

Principio rector 8: las personas o servicios que participen en procedimientos de trasplante de órganos no deberán recibir una remuneración superior a los honorarios que estaría justificado percibir por los servicios prestados.

Principio rector 9: conforme a los principios de justicia distributiva y equidad, los órganos donados deberán ponerse a disposición de los pacientes de acuerdo con la necesidad médica, y no atendiendo a consideraciones financieras o de otra índole.

Cabe mencionar que, si bien se cuenta con los principios mencionados, las preferencias personales, las características propias de cada región así como sus necesidades, los valores sociales, económicos y culturales propios deben acompañar cada decisión que se tome en este terreno fangoso. Aquí, la *Phronesis* Aristotélica es más que *prudencia*, es la verdadera sabiduría práctica, que debe

acompañar todas las decisiones que se toman en situaciones de incertidumbre y de conflicto. Solo así, se puede llegar a la más adecuada decisión particular en la que lo deontológico no podrá eclipsar los presupuestos teleológicos.

Para plantear los conflictos, o por lo menos, los que identifico en nuestra sociedad, me permitiré reunirlos por grupos que permitan abordarlos con alguna lógica y orden. Esto puede realizarse en cualquier sentido, pero creo que enfocándolo desde el punto de vista del origen de la donación, lograré dar alguna coherencia, mucho más si delimito el campo de discusión a los conflictos directamente relacionados con los trasplantes de órganos y tejidos provenientes de donante cadavérico. No me ocuparé de los dilemas que se tejen sobre los trasplantes que se pueden realizar con órganos y tejidos provenientes de donantes vivos, sobre xenotrasplantes ni sobre los trasplantes con tejidos provenientes de tejido fetal, ya que sus connotaciones técnicas, sociales y éticas se plantean en un contexto completamente diferente al de los donantes cadavéricos.

1. LA ESCASEZ COMO GENERADORA DE CONFLICTOS

La donación de órganos y tejidos que tiene como fin el trasplante, goza de una gran trascendencia desde múltiples puntos de vista que tienen impacto en el ámbito no solamente científico y sanitario, sino moral y social. En lo científico y sanitario han permitido que una gran cantidad de conocimientos tenga una aplicación clara que se extiende inclusive a disciplinas paralelas, llevando, por necesidad, a impulsar el desarrollo de instrumentos y técnicas que individualmente son valiosas, pero que colectivamente, dentro del campo general de los trasplantes, llegan a ser fundamentales pues acortan tiempos quirúrgicos, merman la respuesta inmunológica y/o disminuyen los costos, logrando que cientos de pacientes puedan, no solamente, seguir vivos, sino que mejoren o por lo menos no disminuyan su calidad de vida, disfrutando de esta en mejores condiciones. En el terreno de lo moral y lo social, la donación de órganos y tejidos es una muestra que ejemplifica y operativiza el valor de la solidaridad y

los sentimientos de amor y esperanza, ya que llega, inclusive, a instrumentalizarlos y a hacerlos tangibles y medibles, en términos de procedimientos y resultados. Es así como la solidaridad de la mano de la justicia, logra que cualquiera, en un momento dado, desde un gesto de desinterés, llegue de igual manera a acceder al mismo beneficio.

A pesar de lo anterior, y siendo aparentemente claro el beneficio que se obtiene al "dar", no se tiene un número suficiente de órganos y tejidos que permitan cubrir las necesidades de tal cantidad de pacientes que así lo requieren. Aquí surgen ya varios problemas.

2. DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE

Poder decir con certeza cuando cesa la vida es uno de los interrogantes más grandes de la historia de la humanidad y a su vez una de las misiones más delicadas que se le han encargado a profetas, hechiceros y brujos y en el mismo contexto, a shamanes y médicos.

Aunque la respuesta no se considera acabada, especialmente si se entra en la dualidad cuerpo-alma, los criterios para tratar de decir "si se está muerto o no" si han progresado, a pesar de que los interrogantes propios y ajenos siguen siendo los mismos:

- ¿Qué es la muerte? • ¿Cómo es la muerte? • ¿Cuándo se sucederá? • ¿Dónde moriremos? • ¿Quién morirá y quién primero? • ¿Por qué moriré? • ¿Por qué yo? • ¿Es todo? • ¿Qué sentido tiene morir? • ¿Cómo puedo llegar a explicarla? • ¿Para qué morir? • ¿Hasta dónde yo puedo decidir al respecto?

A las soluciones a estas dudas solo nos podemos acercar con una visión múltiple, que parafraseando a Ariés y a Kubler Ross, debe involucrar necesariamente y por lo menos:

- El concepto de conciencia de si mismo.
- La creencia personal en la sobrevivencia, o en la vida después de la vida.
- La creencia en la existencia del mal y por supuesto de su razón de existir, el bien.
- Una concepción definida de la relación sociedad/naturaleza.
- Una posición científica aceptada.
- Claridad acerca del fenómeno del duelo.

A pesar de que estos puntos parecen abarcan y conciliar cualquier posición, casi dejan sin piso el concepto de muerte como parada respiratoria y ausencia de latidos cardiacos espontáneos. Pero ninguno, por separado, sería suficiente para alejar el miedo a enterrar o ser enterrado vivo o al terror a sentir de cerca la putrefacción de la carne.

Para los trasplantes, donde se necesita tener circulación sanguínea activa y eficaz, para así obtener órganos viables, el criterio tradicional de ausencia de latidos y respiración, vuelve a quedarse corto².

Hasta mediados del siglo XX, el diagnóstico de muerte era meramente intuitivo, pues una persona se consideraba muerta solo cuando la función respiratoria y circulatoria había cesado. Con el advenimiento de la tecnología médica moderna, fue posible apoyar el funcionamiento de los sistemas y órganos individuales, incluso cuando otros habían fallado. Las personas, consideradas muertas, pueden mantenerse ahora "como vivas" aunque las partes del cerebro, que controlan v.g. la respiración, no tengan posibilidad de recuperación.

En un intento por definir la muerte, en el año de 1968 se reúne el "*ad hoc* comité of the Harvard medical school", en donde se hace la primera propuesta para establecer criterios acerca de la "*brain death*", para nosotros muerte encefálica.

2. Sin querer decir que la tecnología de los trasplantes condicionó la búsqueda de definiciones más precisas de la muerte, sí debe rescatarse que tal vez sí, en alguna medida, la precipitaron.

Posteriormente la *"President's comisión for the study of ethical problems in medicine and biomedical research"* propone en el año de 1981 el *"acta sobre la determinación de la muerte"*, en ella se considera muerto a un individuo en una situación doble no necesariamente incluyente: o cuando haya cese irreversible de todas las funciones circulatorias y respiratorias o cuando haya cese irreversible de todas las funciones del "cerebro completo". Así, Bernat, Culver y Gert al definir la muerte como «el cese permanente del funcionamiento del cuerpo como un todo» originan a su vez el criterio diagnóstico que la determinarían: "la cesación permanente del funcionar del cerebro entero, incluyendo el troco encefálico» y las pruebas necesarias para comprobarlo podrán ser tanto cardiorrespiratorias (como hasta ahora se había hecho) o bien, desde ahora, neurológicas. Por esta formulación, la determinación de muerte vuelve a ser, aunque realmente nunca lo ha dejado, una valoración estrictamente técnica realizada por expertos (por médicos).

Un refinamiento y una clara recomendación práctica se alcanzan desde la Academia Americana de Neurología, tratando de disminuir la variabilidad que podría originar la puesta en práctica del criterio de "muerte encefálica" como "total"³.

A pesar de estas propuestas y su generalizada aceptación, en la práctica del día a día, el problema no se ha superado porque algunos profesionales todavía sostienen como punto de vista personal el criterio de "parada cardio-respiratoria". Esto ha generado que, sin que se intervenga sobre los criterios como tal, si se recomienda la creación de grupos locales de trabajo, que busquen informar y conciliar, sin atropellar, estas posturas que generalmente tienen un fuerte arraigo religioso⁴.

3. A pesar de las críticas que han surgido y que seguramente seguirán, el apoyo conceptual por muerte encefálica total está basada en el hecho que su determinación coincide con las determinaciones que se hacían en la época pre-cuidado intensivo (ventilador, inotrópicos, etc). Es así como el muerto de hoy (diagnosticado con criterio de muerte encefálica) también lo era antes (utilizando el solo criterio de parada cardio-respiratoria). En los dos el tallo cerebral no responde y no se recupera. De igual manera, y sin utilizar recursos mayores a la lógica Aristotélica, los pacientes vivos de la época pre-terapia intensiva, siguen siendo considerados vivos ahora.
4. En New York y New Jersey se crearon grupos de trabajo que examinaron las preguntas hechas por personas que objetaban los criterios desde los puntos religioso y moral. La recomendación principal dejaba en manos de los grupos médicos de cada hospital las contestaciones para cada grupo social de su cobertura y sugirió que cada hospital desarrolle sus propias políticas para tal fin. Julio de 1987.

Quizá un mayor problema se presenta cuando las familias, dentro de su proceso de duelo, deciden no aceptar la determinación de la muerte, debido al dolor, pesar o rechazo, o al simple hecho de que su ser amado aparece rotulado como muerto, de un día para otro sin ninguna diferencia clara entre el día anterior y el actual; tiene los mismos aparatos o equipos que ayer, está caliente, respira y su corazón palpita, ¿cómo puede estar ahora muerto y hace unos minutos no? En esas circunstancias es difícil persuadir desde la neurología y es aún más complicado si se da la impresión de duda ante lo que puede verse como una aparente solicitud o permiso para desconectar o retirar tratamiento.

Conceptos diferentes se han planteado, Veatch, promoviendo un cambio que implicaría el reconocimiento de funciones corticales superiores, como la cognición y/o la posibilidad de interacción con el medio, como el verdadero fundamento de la vida. Aquí los conceptos de calidad de vida, expectativa de vida, pronóstico y la razón serían los presupuestos que justificarían el vivir. La importancia de esta propuesta es tal, que su alcance llega hasta los pacientes con tronco encefálico intacto (estado vegetativo persistente y anencefálicos) quienes, desde este punto de vista, se considerarían como muertos. Pero si los reparos a la propuesta de muerte encefálica total llegan a ser agudos, ante esta apuesta la crítica es mayor y se le acusa de utilitarista en extremo.

Una última propuesta, Halevy y Brody, criticada abiertamente desde una posición deontológica, plantea un “diagnóstico acomodado” de la muerte, que yo prefiero llamar “diagnóstico concertado”, en el que el fundamento central es la decisión directa del o los implicados y su acción inmediata. Es así, como se podría determinar y decidir cuando ha ocurrido la muerte, con el propósito de obtener órganos con el fin, a su vez, de trasplantar, pero no necesariamente para otros propósitos. Esto podría ser moralmente válido dentro del contexto de directrices anticipadas, consentimiento informado y respeto, y aunque es claro su valor utilitarista y altruista con respecto a la posibilidad de “cosecha” de órganos para trasplantar, una extensión lógica de la propuesta, en sociedades como las nuestras, con recursos económicos y logísticos limitados, podría ayudar a racionalizar costos y optimizar recursos.

Retomando: hoy se habla de muerte encefálica como una apropiación general del concepto de "muerte", que analizado desde el punto de vista científico es la piedra angular y el principio fundamental del proceso del trasplante, con aceptación social, científica y moral. Ajustado a esto, la ley colombiana también la define en el decreto número 1546, título 1, capítulo 1, artículo 2 del 4 de agosto de 1998 como: "el fenómeno biológico que se produce en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobada por examen clínico". Complementando con una reglamentación que incluye que para los efectos del diagnóstico de muerte encefálica previo a cualquier procedimiento destinado a la utilización de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos, deberá constatarse por lo menos, la existencia de los siguientes signos:

- *Ausencia de respiración espontánea.*
- *Pupilas persistentemente dilatadas.*
- *Ausencia de reflejos pupilares a la luz.*
- *Ausencia de reflejo corneano.*
- *Ausencia de reflejos oculo-vestibulares.*
- *Ausencia de reflejo faringeo.*

Con esta postura, de muerte encefálica⁵, no se están negando los componentes sociales, jurídicos, religiosos ni filosóficos que "el morir" trae, pero lo que sí se logra es minimizar las continuas confusiones que las suposiciones, calificaciones y consideraciones subjetivas le introducen al concepto de muerte. Es tal vez esta definición la que da más garantías para la certificación del proceso de morir y permite la realización segura y adecuada de los cursos de acción a seguir: a). El enterrar el cuerpo o b). La ablación de órganos y tejidos con fines de trasplante.

En la tabla 1, se resumen las diferentes posturas, con respecto al concepto y los criterios de muerte.

5. Concepto de muerte encefálica total, que involucra tanto corteza como tronco.

Otra consideración que debe tenerse en cuenta, tiene que ver con el sujeto que hace el diagnóstico y con la temporalidad del mismo. Con respecto al primero cabe decir que con el fin de evitar suspicacias y en aras de la objetividad, en ningún caso, del equipo de diagnóstico de muerte, debe hacer parte un científico o integrante del grupo de trasplantes; esto busca, además de proteger el buen nombre y la integridad moral de los dos equipos, minimizar, por supuesto, la posibilidad de corrupción. Así mismo debe siempre tenerse en cuenta que la determinación del tiempo de muerte, en la mayoría de los países, es responsabilidad legal del médico y que a pesar de lo que se proponga, esta deberá permanecer así, aunque dos profesionales deberían ser los encargados del diagnóstico, empleando los criterios clínicos clásicos por todos conocidos⁶.

Con respecto al factor tiempo, las recomendaciones hablan de intervalos de 6 horas entre dos evaluaciones clínicas que tengan como objetivo descartar o confirmar la muerte. La razón: disminuir la posibilidad de equivocación (vale la pena recordar la historia de Versalius quien en 1564, mientras realizaba la autopsia de un noble Madrileño, se encuentra en la exploración del tórax con que el corazón aún latía).

Una alternativa para acortar el tiempo y aumentar la precisión diagnóstica, se tiene con las pruebas complementarias que se han llamado “de confirmación”, las cuales por sus cifras de sensibilidad y especificidad estrechan la brecha de incertidumbre diagnóstica y permiten desde la razón científica actual, tomar decisiones razonables, más rápidas y, si se quiere, más justas⁷; hablo de los potenciales evocados y la imagen del flujo sanguíneo cerebral o gamagrafía de perfusión cerebral⁸.

-
6. Inclusive la declaración de Sydney recomienda esto y exige que ningún médico involucrado con el equipo de trasplante intervenga en su diagnóstico. De igual manera se exhorta a que se usen los criterios clínicos, ya que estos son suficientes para el diagnóstico de muerte encefálica total, de muerte. Complementando, en la misma declaración se anota que el mismo diagnóstico servirá para decidir cuando detener las medidas de “resurrección”.
 7. Desconectar de un ventilador, retirar soporte, ajustar costos por cuidado intensivo, etc.
 8. Con esta prueba se evalúa la distribución regional del flujo sanguíneo para confirmar la cesación de perfusión del cerebro. También detecta el daño de los núcleos, los tálamos, el cerebelo y los hemisferios, siendo muy útil cuando hay trauma craneoencefálico severo con

Para terminar este punto debe quedar claro que, aunque parezca obvio, el definir cuando ha muerto o no una persona es un diagnóstico clínico, que las pruebas paraclínicas son confirmatorias y que la estimación del diagnóstico no debe condicionarse por que exista o no la posibilidad de trasplantar. En ese mismo sentido, el no realizar un adecuado diagnóstico de muerte necesariamente implica maleficencia y una franca y abierta violación de la buena práctica clínica.

3. CONSENTIMIENTO PARA LA DONACIÓN

Ya se había mencionado que donar es generosidad y que ejercerlo es un derecho que implica altruismo, solidaridad y amor, pero que a su vez conlleva, directamente implicada, la garantía del respeto por la autonomía del donante, para que este, con toda libertad pueda hacerlo o no hacerlo. Esto se logra con el consentimiento para la donación.

Cuando de consentimiento se habla, en el campo de los trasplantes se deben identificar y diferenciar cuatro posturas al respecto:

- *Consentimiento expreso*
- *Consentimiento presunto.*
- *Consentimiento presunto atenuado o tácito.*
- *Respuesta esperada.*

lesión de la cara o en casos de hipotermia, exposición a barbitúricos, edema cerebral, encefalopatía anóxica isquémica y en estados post anestesia. Con el radiofármaco empleado (HMPAO o ECD) se hace una evaluación doble, pues funciona como una angiografía carotídea de cuatro vasos y luego, por su capacidad de pasar de manera indemne la barrera hematoencefálica, evalúa el flujo sanguíneo cerebral y la viabilidad celular neuronal. Cuando no hay concentración de radiofármaco en el cerebro, la muerte es indudable y su diagnóstico es preciso.

3.1. Consentimiento expreso

En el consentimiento expreso o explícito se exige que la persona fallecida haya manifestado, como su principio lo describe, expresamente, antes de morir, su voluntad de acceder a que se le extraigan sus órganos o se tomen sus tejidos con fines de trasplante.

Esta voluntad positiva, debe ser demostrada como un testamento vital⁹ por escrito o bien por medio de un representante, familiar, que garantice la verbalización explícita del deseo de donar. Quienes se reafirman en este ejercicio, arguyen que el donar de esta manera, garantiza el respeto por el principio de autonomía, el cual es el fundamento de todo consentimiento, siendo por tanto defendido por encima de, inclusive el bien colectivo. Esta es su gran debilidad, la escasez que registra.

3.2. Consentimiento presunto

El consentimiento presunto se ha generado como parte de un grupo de políticas públicas que se han implementado en países como Bélgica, Austria, Finlandia, Francia, Noruega, Dinamarca, Singapur, España (ley 30 de 1979) y en Brasil (ley 9.434, art 414). Su impacto positivo en el suministro de órgano ha llamado poderosamente la atención, llegando inclusive a denominarse como “una rutina que salva de órganos» [Kaplan]. Con esta propuesta se plantea que los órganos pueden ser extraídos del cuerpo de una persona que ha fallecido, siempre y cuando esta no se hubiese manifestado en contra durante su vida, o bien cuando sus familiares o allegados no declaren que el difunto se oponía abiertamente; todos serían considerados potenciales donantes. Este tipo de consentimiento es, según los defensores del consentimiento expreso, ética y moralmente inaceptable pues viola el principio de autonomía o conciencia individual al ser coercitivo y generalizado al tener un fondo utilitarista comunita-

9. Incluyéndose los mecanismos de certificación de donante voluntario que se maneja en algunos países (carné o carta de directriz anticipada).

rio; pero socialmente es aceptado pues garantiza la disponibilidad de órganos para más personas que los necesitan, ganando así una gran aceptación política y social, como en el caso de Bélgica donde la tasa de órganos recuperados se duplicó.

Las consideraciones generales con respecto al consentimiento presunto se pueden resumir en que:

- i. Por el hecho de tratarse de una medida política, puede traer *per se* algún grado de rechazo e inconformidad, que puede ser mucho más marcada y expresada en sociedades donde el individualismo y la autonomía fuesen posturas mayoritarias¹⁰ donde se presenta el consentimiento como positivo y no implicado, no coercitivo.
- ii. Hay una franca posición antagónica entre ser un verdadero, legal y convencido donante y ser candidatizado por el Estado, negándose las preferencias individuales. No sería desde ningún punto de vista un "consentimiento", a menos que se intentaran verdaderas medidas para garantizar la expresión del deseo personal (carné de donante de órgano o tejido específico, sello explícito de donante, sello explícito de no donante, etc.) los cuales no garantizan la integridad del entendimiento de la información, por lo menos dicen que en algún momento se pregunto el parecer, haciéndose, de alguna manera, que no se presuma todo. Uno de los temores que apoyarían esta propuesta es la generación de desconfianza ante el proceso, ya que pareciera que se estaría dejando al médico (tomado aquí como representante de la comunidad médica) como el único encargado de la distribución y asignación de los órganos tomados, pudiendo manejarlos a su libre albedrío.
- iii. Un tercer inconveniente se encontraría en la imposibilidad de garantizar que quienes lograron objetar la decisión a ser donantes, vean garantizado

10. En los Estados Unidos de América se conoce la experiencia del año de 1985, cuando en una encuesta Gallup, solamente el 7% de los entrevistados estuvieron de acuerdo con esta postura.

esto. Podría violarse el deseo individual en casos de cambio de ciudades, pérdida de documentos o fallas en la comunicación de la información. El mismo riesgo correrían los viajeros, los turistas y algunos grupos sociales menos favorecidos que, por alguna razón, sin desear ser donantes no pudieron hacer pública su manifestación.

- iv. La eficacia de la medida es buena ya que aumenta el suministro de órganos, es decir la meta vale la pena.
- v. En un momento tan doloroso como es la muerte de un familiar o amigo, el tomar el consentimiento podría incrementar ese dolor y hacer aparecer temores como los de mutilación y daño, convirtiéndose el interrogatorio en un acto, si se quiere cruel. El consentimiento presunto obviaría ese interrogatorio y por consiguiente no incrementaría el sufrimiento familiar.
- vi. El consentimiento presunto si garantizaría, en contra de lo que dicen sus detractores, el respeto por la conciencia individual, ya que contempla que el individuo puede negarse en vida, cuando es conciente y competente, a la donación. Ahora, tanto los individuos como la sociedad, deberán esforzarse por lograrlo, los primeros, y por facilitarlo, la segunda.

Los desafíos éticos que enfrentan «consentimiento presunto» son considerables, pero no salvables, por lo que la instauración de un comité que esté evaluando frecuentemente la tendencia de la población con respecto a sus creencias o posturas sociales, se hace imprescindible. De todos modos, debe ser claro que cada vez más debe entrarse en la cultura del respeto por las preferencias individuales y por lo tanto se debe promover la creación de un comité que estudie las tendencias culturales y sociales y que de manera pro-activa esté intentando que el consentimiento sea cada vez menos presunto y cada vez más informado y verdadero. Una gran inversión en divulgación y educación garantizaría que la gran fortaleza del consentimiento presunto, el número de donantes, no se lesionara tanto y que quien objete la decisión para donar órganos o tejidos pueda hacerlo fácil y con la seguridad de que su deseo se respetará.

El consentimiento presunto de la mano de la educación, en últimas combinaría a manera de trípode, por un lado la eficacia para conseguir órganos, por otro el respeto por la conciencia individual y en el tercero el valor positivo del individuo, todavía calificado, deseoso por promover un bien social.

El consentimiento presunto atenuado o tácito, la tercera forma, también ayuda a conciliar las dos posiciones, pues si bien promueve la extracción general de los órganos, con todos sus beneficios, también exige garantizar plenamente la aceptación familiar que refrende la posición oficial. Esta prudente medida previene, en un momento dado, algún tipo de reacción social adversa y hace compatibles la voluntad del fallecido con la necesidad social. La introducción de la posición del familiar es una, probable, ayuda para la decisión de donar, la cual por su característica afirmativa no permite, desde ella misma otra alternativa. El riesgo, que se imponga una voluntad deformada del familiar, por encima del deseo verdadero del fallecido. Este mal menor, es preferible pues ya no es hecho por el personal sanitario y salvaría moralmente a los equipos de juicios externos e internos. La solución a esto nuevamente está en el esfuerzo que se haga en informar, en la difusión de las necesidades y en la aplicación de campañas de educación que modelen las posturas radicales y rescaten los beneficios del donar. Una completa claridad y un esfuerzo en garantizar confianza en los equipos de trasplante y en un proceso transparente, redundará en últimas en más y mejores donantes, que una política oscura y coercitiva.

3.3. La respuesta buscada

La última manera en que se puede consentir ante la posibilidad de donar, se puede establecer mediante la búsqueda de una respuesta específica y dirigida, (respuesta esperada) que se debe dar en vida y que iría ligada a una información precisa y clara suministrada en el momento de responder. Esta alternativa, que aunque bien podría formar parte del grupo del consentimiento, vale la pena ubicarla sola, ya que puede ser una solución al dilema del consentimiento, debido a su posibilidad explícita de poderse consignar en documentos públicos

renovables, para garantizar posibles cambios de opinión, como la licencia de conducción o la documentación de la seguridad social.

La respuesta, que es en últimas el objetivo del consentir, estaría garantizada por la competencia individual y la cobertura de la población sería alta, o por lo menos iría de la mano del alcance global de las instituciones prestadoras de salud. Con este tipo de opción, se involucraría no solamente a los grupos de trasplante, o a los designados para tal fin, sino que se obligaría a que el Estado participara directamente, como un actor más del proceso del trasplante de órganos y tejidos.

4. DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Una mejor manera de llamar a este numeral, podría ser el de distribución de recursos, ya que en realidad de verdad, los órganos y tejidos obtenidos procedentes de la donación cadavérica, son eso: Recursos. Recursos que tienen como función social el generar vida, cualquiera que sea el concepto de ella que tengamos.

En el momento en que lo planteamos en términos de recursos, emerge el problema de la escasez – ya esbozado atrás- que no es más sino el reflejo de una relación de mercado que tiene presenta un claro desequilibrio entre la oferta y la demanda, que se ve acentuado por la importante disminución de recursos económicos que presenta en estos momentos cualquiera de los sistemas de salud. El dilema y real conflicto surge al contraponerse el principio de Justicia -obligatorio y público- que nos exige que se le proporcione a cada individuo el máximo y mejor esfuerzo en atención y las mismas oportunidades en el ámbito social, así como la misma consideración y respeto.

En este orden de ideas se abren dos polémicas, que dentro del mismo campo tienen dos connotaciones o alcances; la primera hace referencia a la manera

como se decide quien debe ser trasplantado y cuando (el verdadero dilema de la distribución de recursos) mientras que el otro punto, derivado, es el que trata acerca de la legitimidad moral de tener, en un sistema sanitario, un programa que preste el servicio de trasplante, la cobertura del mismo y el alcance de los recursos de atención.

4.1. ¿Cómo ser justos en la selección de los receptores?

El tratar de dar respuesta a este interrogante parece ser uno de los dilemas más interesantes e importantes de responder en cuanto a los asuntos bioéticos de los trasplantes; su respuesta debe intentarse contestar a la luz de varias propuestas que se argumentarán desde algunas teorías de justicia y desde los criterios científicos disponibles. Pero lo que si deben tener en común las diferentes propuestas es su transparencia, en el sentido de que deben ser verificables, ordenadas y públicas. Así mismo podría intentarse que fueran equitativas en el sentido económico, religioso, social, racial y geográfico, por lo menos.

Con tantas posibilidades empecemos por algunos que siempre crearán controversia:

4.1.1. La enfermedad responsable o etiología de la enfermedad

Si bien es cierto que existen enfermedades en las que el procedimiento puede ser exitoso, la duración del bienestar puede estar mermada por otras alteraciones asociadas o por que la enfermedad puede progresar hasta alcanzar a lesionar el injerto, haciendo que en poco tiempo se necesite un nuevo trasplante¹¹. Pero realmente los interrogantes no se dan a este nivel, estos se plantean en el sentido de ¿Cómo se originó la enfermedad? Con alcances que llegan hasta contemplar si hay responsabilidad o no con la enfermedad que necesita como tratamiento el trasplante. Puntos que hacen referencia tácita sobre

11. Lupus eritematoso sistémico, algunos casos de Diabetes, etc.

la *dignidad* para recibir un órgano, aún si aparentemente no se ha cuidado bien del cuerpo.

Si fuese así, sería bien difícil encontrar una persona, adulta y competente, que nunca hubiese hecho algo que arriesgase su salud. El comer con sal o consumir productos fritos o grasosos, podrían ser considerados, hoy, como atentados contra la salud, pues el riesgo de enfermedad hipertensiva, nefropatía y falla renal crónica que desemboca en la necesidad de un trasplante renal, tienen como factores de riesgo ese hábito alimentario, sin contar el riesgo para sufrir enfermedad isquémica del corazón que llevaría a enfermedad coronaria, angina, infarto, falla cardíaca, revascularización coronaria y al final un probable trasplante de corazón. Un ejemplo semejante se podría hacer con el licor, el cigarrillo, etc. ¿Cómo no haberse retirado de la empresa que no tenía un buen control de sus gases? ¿Podemos tildar a alguien, o tildarnos nosotros de “indignos” o de “tontos”, y por tanto no merecedores de un trasplante?

¿Es más culpable quien bebió licor y enfermó de falla hepática que quien lo acompañaba, bebió pero no enfermó, o quien no se tomó la medicación antihipertensiva o no tuvo para comprarla o no entendió lo importante que era controlar la hipertensión arterial? ¿Será más digno de recibir un injerto de corazón un sacerdote, siempre tranquilo y en meditación, que un corredor de autos que destilaba adrenalina?

¿Quién va a definir cuál es el límite de la dignidad o del abuso? Por otro lado, todos nosotros, incluyendo médicos y pacientes, ¿estamos seguros de querer un sistema de salud que defina exactamente cómo tenemos que vivir para ser considerados dignos de atención y de cuidado?

Como ofrecerle, a alguien que no ha cuidado de sí mismo una posibilidad de estas, a sabiendas de que podría mal utilizar el recurso al recaer en el consumo de alcohol y lesionar, ahora, el injerto ¿Por qué, no darle la posibilidad a otro individuo que sufra de alguna otra enfermedad? Hasta dónde tiene la sociedad igual, o más responsabilidad, ya que vender, distribuir y hasta promover el

consumo son, en algunos países, políticas socialmente aceptadas y de las que se derivan recursos con fines de mejorar caminos y hasta salud y educación.

Éticamente, los doctores no deben basar su intervención en la conducta de sus pacientes. Se debe informar al paciente y, en casos como este, se está obligado a informarle al paciente los riesgos que corre como resultado del consumo de alcohol¹², pero la decisión sobre el tratamiento no le corresponde¹³.

De igual manera, los doce principios de la seguridad social (asociación médica mundial, 1963,XI) establecen que, siempre en el mejor interés de los pacientes, no debe haber restricción al derecho de los doctores para prescribir drogas y para dar cualquier otra forma de tratamiento que se estime adecuado, sobre la base de estándares médicos reconocidos.

Circunstancias semejantes surgen en casos de pacientes fármacodependientes, adictos, sin familiares, con enfermedad mental, etc. Para los que la misma argumentación en pro y en contra se plantea.

4.1.2. Criterio de edad

El poner límites de edad, ya sea por abajo o, lo más frecuente, por arriba de un tope específico podría, desde la mira médica, ser un punto muy sólido ya que se estaría garantizarlo, por decirlo así, el éxito técnico del procedimiento debido a que por más desarrollo médico-quirúrgico alcanzado, el procedimiento de trasplantar, como tal, sigue siendo mórbido y no exento de riesgos. El poner un límite, permitiría que sujetos mayores (no es mi intención definir que podría ser considerado como "mayor") en quienes los resultados y la tolerancia al procedimiento ofrecen menores garantías, no fueran llevados al injerto por cuanto la relación riesgo/beneficio no estaría ni siquiera equilibrada, sino por el contrario, inclinada a favor del riesgo con merma del tiempo de sobrevida y

12. Asociación médica mundial, Tokio, declaración sobre abuso de drogas, 1975.

13. CIO, Calidad del cuidado, 1983; Asociación médica mundial: derechos de los pacientes, 1981, Lisboa.

posible deterioro de la calidad de la misma, con gasto de recursos, por demás escasos, sin un resultado asegurado.

Por otro lado, el fijar un límite de edad –en este caso planteado como criterio único- trae consigo el riesgo de discriminación ¿Hasta qué punto soy considerado joven y hasta qué punto soy ya mayor? Podría preguntarse cualquier persona que ingresa a una lista de asignación o, peor, que desea donar esperando que después pudiera, cuando lo necesite, recibir el mismo trato. En el mismo punto hay que interrogar sobre ¿Quién es la persona encargada de poner el tope?, pues su misma edad podría influir su decisión.

Otro aspecto, tiene que ver con el sentir que provocaría poner un tope de edad, en quienes llevan cotizando durante mucho tiempo a su sistema de seguridad social y sanitaria y ahora que lo necesitan, se le niega el servicio por ser “mayor”. Por que a un joven que ha aportado menos o que, inclusive, nunca ha aportado al fondo común de servicios se le va a conceder el privilegio de “sanar” y a otro con aparentes mayores derechos, o más dineros aportados, no.

Este criterio, tomado como criterio único, bien puede afectar tanto la credibilidad del sistema especialmente en cuanto a la confianza pública, como llegar a lesionar todo el proceso de donación.

4.2. Recursos o estado económico

Cuando de solvencia económica se trata, casi se podría dejar que sea el mercado quien establezca tanto precios como alcance de adquisición. Posición válida, si no tuviéramos sistemas generales de salud que actúan, realmente como mecanismos de control.

Si consideramos el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, una posición como la anteriormente enunciada resultaría claramente injusta, ya que estaría discriminando a quienes, por carecer de dinero, no pueden pagarse el órgano, el procedimiento del trasplante o los dos.

Otro interrogante que surge es el de ¿Qué podría hacerse sin el paquete de servicios ofrecidos por el asegurador, no contempla trasplante y el asegurado, usuario, o paciente lo requiere? ¿Debería ingresarse a la lista de espera? ¿No debería ingresarse? En casos como este, el contrato firmado estaría protegiendo a la compañía aseguradora, pues ella no contemplaba ese recurso como terapéutico, dentro de los servicios contratados y el alcanzar una opción de estas era, antes de enfermar una opción que el actual enfermo tuvo, pero que no "quiso" tomar. Salida injusta en sitios donde, nuevamente, no hay un sistema general de salud y donde la influencia y cobertura estatal es mínima, pero que para esos mismos países parece ser adecuada¹⁴.

4.3. Criterio de llegada

Parece ser un criterio extraño, pero que algunos toman como justo. Hace referencia a que el primer enfermo es el primer candidato a ser trasplantado. También influidos por las leyes del libre mercado "quien primero llega, primero se atiende".

En ese orden, la regulación la haría principalmente la inmunología, pues solamente sería primero el que primero llegó, pero que a su vez tenga la compatibilidad necesaria con el donante, para que se garantice el éxito del procedimiento.

4.4. Criterio geográfico

Los órganos donados en un país o región deben ser para el mismo país o región. Parece justo, pues la cantidad de órganos es, como ya hemos dicho hasta el cansancio, escasa; y la cosecha de órganos resultante podría ser el fruto directo de un gran esfuerzo en divulgación, recursos de incentivo y trabajo local que bien debe ser reinvertido en su propio medio.

14. Igual circunstancia se tiene con los paquetes de atención odontológica, maternidad y oncología, los cuales se venden como adicionales a un plan básico.

Esto es aún mucho más dramático cuando en un mismo país hay más de un grupo coordinador o peor, cuando sucede lo mismo en una ciudad, o cuando no hay grupo coordinador. De aquí, no hay sino un paso para intentar asignar recursos solamente por raza, sexo, religión, o por ser extranjero, etc. Sistemas que podrían tener un trasfondo de discriminación, reforzado por el hecho real de que por ejemplo para los extranjeros, cada vez que se trasplante uno de ellos, hay un nacional al que se le estaría negando la posibilidad; situaciones como estas podrían llegar a ser conciliadas por tratados o convenios interregionales o internacionales en los que se contemple, tal vez y v.g. el envío de recursos que no se logren ubicar en primera instancia en esos lugares donde se utilice el mencionado sistema o por notas aclaratorias en el consentimiento informado del donante, o por consentimientos informados con destinaciones directas, con exclusiones para casos de órganos o tejidos no colocados, etc.

Un derivado de la utilización de esta política de asignación dirigida, su polémica y sus soluciones, es la múltiple inscripción de candidatos a trasplantar en diferentes listas. Esto conllevaría a la sobreestimación de la ya alta tasa de necesidades demandadas y a mayores recursos invertidos, para nuestro caso despilfarrados, en estudios preoperatorios, divulgación, etc., los cuales sobrecargarían los ya empobrecidos sistemas de salud.

4.5. Criterios médicos o científicos

Cuando se toman estos como único criterio de asignación, debe tenerse en cuenta la expectativa de vida, la calidad de vida¹⁵, los aspectos pro y contra desde el punto de vista técnico, la histocompatibilidad, la inmunología y los estimativos pronósticos inmediatos (tolerancia del postoperatorio) y mediatos (reinserción laboral, social y familiar).

15. En términos de mejoría de calidad de vida y, por supuesto, sin que se pierda, por lo menos, la ya alcanzada.

De todos estos criterios, y seguramente de otros no mencionados, el juicio médico parece ser el que se ajusta más, conceptual y operativamente, al principio de justicia. Ya lo vemos apoyado por los principios rectores del trasplante, por las recomendaciones de la asamblea mundial de la salud, por la asociación médica mundial y por la declaración de derechos humanos. En Colombia, la ley general de trasplantes también lo propone como criterio distributivo.

Definitivamente el abuso o no-abuso de un órgano específico o del cuerpo en general no se tiene en cuenta. Los órganos se asignan según un sistema multivariado, bastante complejo en el que se tiene en cuenta más que de cómo enfermaron los destinatarios, cuánto tiempo ellos han estado esperando, y cómo fue su compatibilidad con el donador por lo que se refiere a la talla, peso, grupo de sangre, histocompatibilidad, etc.; luego se asignan localmente, regionalmente y nacionalmente. Se evalúan también, pero no se excluyen, se asignan puntajes, situaciones como si los receptores cuidarán bien de sus nuevos órganos. Como un ejemplo, alcohólicos que necesitan los trasplantes deben estar sobrios durante 6-18 meses antes de que ellos incluso se listaran. Abusadores de droga i.v., los pacientes no-dóciles, etc. generalmente no se aceptará para el trasplante.

En últimas, en aras de la claridad, debe recordarse y nunca olvidarse que el trasplante de órganos y tejidos es una opción universalmente aceptada dentro del cuidado médico, para enfermedades que afectan severamente el hígado, riñón, corazón, pulmón, etc. y no una excusa de discriminación.

El segundo punto que debe tocarse cuando hablamos del principio de justicia sanitaria y los trasplantes de órganos y tejidos, tiene que ver con la posición del Estado, y por tanto de la sociedad, de tener que soportar los grandes gastos que conlleva el hecho de incluirlos dentro de los sistemas de salud. Obviamente no hay respuestas, pues aunque podría fácilmente decirse que sí se deben incluir los trasplantes en los paquetes sanitarios, inmediatamente es obligatorio preguntarnos si ¿Debe pagarse todo el procedimiento o solo una parte? ¿Hasta dónde pagaría el Estado y hasta dónde el usuario? ¿Hasta donde es justo cubrir procedimientos tan costosos si no se tiene una adecuada cobertura primaria?

Interrogantes como los anteriores, y más, surgen cada día y lo único cierto es que los beneficios de trasplantar son inobjetables y que no hay dinero ni órganos suficientes. Los esfuerzos conciliadores deben ser múltiples y generales, idealmente estatales y nunca individuales, para esclarecer o encontrar soluciones a los dilemas de justicia distributiva; ya que una solución personal a escala local o institucional puede ser maleficente con alguna de las partes, pues correría el riesgo de estarle negando la oportunidad a un posible receptor o estaría perjudicando un grupo social o étnico, adentrándose en los terrenos de la mala práctica clínica o la violación de la ley, y no rendiría los resultados que el sujeto podría creer al no comunicar la existencia de un posible donante o al tratar de distorsionar la información o dirigir recursos a su libre decisión, sin mencionar, la posibilidad de corrupción.

5. COMERCIO DE ÓRGANOS

El temor de corrupción que rodea cada uno de los actos de cada uno de los hombres, no es ajeno ni a la medicina ni, en ella, a la práctica de los trasplantes. Vale la pena mencionar, para empezar, que el trasplantar órganos, incluyéndose en el ejercicio la ablación de órganos y tejidos, el injerto y el cuidado postoperatorio, es no solamente costoso sino que requiere de un personal médico, paramédico e institucional muy especializado. No pueden, por tanto, ni deben, llevarse a cabo trasplantes en sitios sin el adecuado desarrollo científico y tecnológico que arriesguen la integridad y viabilidad de la dupla receptor-órgano.

Esas características hacen que trasplantar no sea posible sin la participación de muchas personas y a veces instituciones, sumado a que el cuidado médico no es temporal sino a largo plazo y a que las listas de donantes y de receptores es pública (no así, a menos que sea estrictamente necesario, la manera como y a quien se asignó el recurso) disminuyéndose poderosamente la posibilidad de corrupción por robo y tráfico de órganos, que en la mayoría de casos son fruto de la prensa amarilla o la novela de ciencia ficción.

Pasando a otro punto, pero sin abandonar el tema principal de este capítulo, se tiene que reconocer que de la manera de cómo se acepte y conciba culturalmente el cuerpo humano, surgen las posturas que nos permiten hablar de un estatuto del mismo. Es así como, de nuevo en la historia, hay que reconocer una posición a.) ontológica del cuerpo humano, en la que el valor del mismo es propio en sí mismo, sin posibilidad de disociación cuerpo-alma por lo que la valoración es la misma para las dos partes, o mejor para esa unidad. La persona tiene tanto valor, que no se le puede poner precio, sus partes (órganos y tejidos) por tanto tampoco lo pueden tener, no siendo susceptible de transacción comercial alguna¹⁶. Solo desde el dar, desde el don, base de la solidaridad, se podría, dado el caso, disponer del cuerpo o los órganos de una persona. A esta posición, fácilmente se le encadenan otras que desde el personalismo, la religiosidad o hasta el fundamentalismo, sin querer decir que esté bien o mal, solo ubican como moralmente lícita la idea del don como símbolo único de la relación interpersonal, llegando a aceptar la donación de órganos, si se ha superado la creencia de muerte, como única opción posible.

La otra posición de entendimiento del cuerpo, lo ve como valioso por el fin que encierra de crear, dar u ofrecer, para nuestro caso vida, bienestar, salud, etc. El cuerpo es así visto como un medio de generar diferentes bienes, tanto en campo científico, terapéutico y moral, y por añadidura, hasta comercial. Es así como el hombre, como propietario de su cuerpo, puede disponer del mismo y ofrecer sus órganos y tejidos y de determinar su destino. Lícitamente tiene el derecho a negociar con su cuerpo y sus partes.

Estas dos maneras de observarse y de entenderse llevan a que explícitamente se plantee la necesidad de reflexionar acerca del comercio de órganos y la posibilidad del incentivo económico que merecen esos recursos tan escasos y valiosos. El problema se plantea tanto para órganos y tejidos procedentes de cadáver como de sujetos vivos. Aquí me dedicaré solamente a tratar de los primeros y más adelante, de los últimos.

16. El ponerle precio a una persona es, desde este punto de vista, una forma de esclavitud y de alineación.

La donación pagada es ilegal en los Estados Unidos, Canadá, México, y toda Europa. En India, la donación del órgano pagada se ha tolerado en el pasado, pero el gobierno ha pasado allí que una resolución pensó eliminar la práctica. A la fecha, ninguna organización honrada paga en cualquier parte por los órganos humanos en el mundo. Y, aunque el pago de una donación puede ocurrir en algunas partes del mundo, la falta de responsabilidad de los individuos inescrupulosos que se comprometen en esta práctica podría hacerla, de alguna manera, inseguro el donar un riñón a través de semejante organización, o adquirirlo de la misma manera.

Algunas personas sostienen que la donación sin compensación no está produciendo bastantes donadores («las Donaciones del Órgano: El Fracaso de Altruismo» por Linda C. Fentiman en los Problemas en la Ciencia y Tecnología, Otoño de 1994), y que nosotros deberíamos, como deber casi moral, hacer todo lo posible (incluyendo el pago a las familias de donadores) para aumentar los números de órganos para el trasplante.

Otros, en cambio dicen que compensando a las familias de donadores podría producirse un efecto tipo «cuesta resbaladiza» que se reflejaría mal sobre los centros del trasplante y agencias de la obtención.

La duda moral, si puede llamarse así, surge en la connotación y los límites, que debe dársele a los conceptos de incentivo, compensación económica y compra, los cuales deben ser hechos en el ámbito local particular y a la luz de las costumbres, el contexto social y el claro y estricto conocimiento de la relación entre los donantes y los que necesitan el recurso terapéutico, así como a la aceptación del cambio de las conductas y valores tradicionales¹⁷.

17. Una de las fórmulas para restablecer la confianza en las políticas médicas es la condición pública de las diferentes alternativas que se propongan como solución, ya sea el pago directo a los familiares por los órganos, un incentivo al acto voluntario y generoso de donar mediante pago indirecto (reducción de impuestos, refinanciación de los mismos o de obligaciones estatales o con entidades auxiliaadoras, ayudas para los gastos funerarios) o menciones públicas de reconocimiento.

6. RELACIONES CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación, fundamentales para promover la donación y para divulgar las políticas de distribución y asignación de recursos, puede pasar fácilmente a cumplir un papel negativo cuando cae en el ámbito del sensacionalismo, cuando muestra el drama de la escasez de órganos y tejidos resultado de la falta de solidaridad social, creando una presión sentimental que lejos de obtener buenos resultados, se convierte en un sentimiento de culpa social que lesiona los intereses morales de muchos.

La crítica más general, va dirigida a esto, a la presión indebida que se ejerce sobre la sociedad, violentando los derechos y las creencias y lesionando a quienes se prestan para mostrar su dolor, su drama y su necesidad.

6.1. Respeto por el anonimato

Otras críticas ya un poco más dirigidas y específicas y las cuales deben hacerse dentro del contexto de la ley de cada una de las naciones u organizaciones tiene que ver con el respeto y el constante intento de salvaguardar el principio de autonomía y por no dejar brotar la maleficencia cuando se hace énfasis en la preservación del anonimato tanto del donante como del receptor.

Tradicionalmente para los grupos sanitarios no parece existir problema en salvaguardar o mantener en secreto algunos o todos, hasta donde se pueda, los datos de sus pacientes, en pos de proteger sus intereses y su intimidad; es un principio ético. Cosa diferente se ve con los medios de comunicación, donde el transgredir ese punto, por exaltar la condición de donante o por divulgar el éxito de un plan, campaña o terapia, es un suceso frecuente.

Problemas pueden presentarse en el receptor de un órgano o tejido o en su familia, ya que pueden despertarse sentimientos de culpa con el donante, quien «tuvo que morir para que otro viviera». El duelo personal de una grave enfermedad, podría verse agravado con el duelo de un recién muerto.

Problemas directos de carácter psicológico o psicoimmunológico se han observado en pacientes en quienes una gran depresión puede empeorar su ya limitado sistema inmune o alteraciones en las que el pensamiento mágico puede recrear la posibilidad de transferencias de actitudes, deseos y posibles enfermedades que el donante poseía y que el receptor «sentiría» como suyas, como un regalo no deseado, complicando el proceso de aceptación y recuperación terapéutica.

Para la familia del donante, se pueden generar conflictos que podrían llegar hasta la fantasía de tener en otro, la imagen vivida de su ser querido, quien vendría a suplir o a reemplazar el familiar desaparecido. Situación complicada, pues pondría en riesgo la estabilidad emocional de ambas partes, llegando hasta a lesionar irreparablemente al doliente, interfiriendo en su proceso de elaboración del duelo, y provocando interferencias en la vida privada del receptor por actos de «amor» no esperados de personas extrañas, de su «nueva familia».

Un caso extremo, pero factible, es la posibilidad de que el receptor reciba extorsión directa, a posteriori, por parte de la familia o personas cercanas al donante, quienes de manera inescrupulosa podrían querer sacar ventaja de la situación.

Por ejemplos como los anteriores debe recalcarse la necesidad de mantener en reserva la información tanto de donantes como de receptores, buscando siempre proteger los intereses de las dos partes; es sin embargo recomendable, aunque no obligatorio, tener en cuenta que una nota de agradecimiento por parte de los grupos de trasplante y una información superficial, pero clara, puede ser un incentivo para que la familia, allegados y grupos médicos no directamente relacionados con el proceso, muestren un apoyo posterior y difundan, desde su experiencia propia, las ventajas inmediatas de una ubicación de órganos con un resultado exitoso.

6.2. Campañas públicas en favor de los trasplantes

Nuevamente la lucha es contra la escasez y a favor de la donación. El problema radica en el establecimiento de campañas privadas o individuales que estarían buscando el beneficio de un grupo o de una persona, que aparentemente estarían representando el único caso por el cual la sociedad debe moverse. Ejemplos como este se presentan en hospitales militares en casos de conflictos de orden público, con personajes ilustres de la vida local o nacional o, más frecuentemente, con niños, los cuales son presentados como el caso especial que debemos salvar.

En situaciones como las anteriores, se está desconociendo la existencia de listas de espera y de criterios específicos para la ubicación de órganos. Se está lesionando el derecho a la intimidad del enfermo y se arriesga el funcionamiento de un sistema, ya débil, como es una red local o nacional de trasplantes, pues se le está vendiendo a la opinión pública la imagen de parcialidad, de mercado y, en el fondo, se deja la sensación de que cabe la posibilidad de tráfico o venta y compra de órganos.

De igual manera se está lesionando a las personas que se encuentran inscritas en las listas de espera, quienes creen en el sistema y que de no ubicarse para ellos un órgano, podrían llegar a desconfiar de los procesos de selección y ubicación de órganos.

Por tales razones, es aconsejable que solamente el Estado o sus delegados directos sean los encargados de establecer cómo y cuándo deben realizarse las campañas de divulgación, que estas sean generales y que busquen básicamente, la promoción de la donación como acto solidario y generoso y que no se particularice un órgano, un tejido o un grupo médico específico. La lucha no es por trasplantar, la lucha es por dar vida.

6.3. Campañas profesionales

Si bien es cierto que técnicamente el trasplantar es una técnica aceptada y de buenos resultados, no deja de ser frecuente encontrar campañas personales que bajo la bandera de fortalecer el procedimiento, muestran grupos médicos específicos en su quehacer, o centros asistenciales que parece que hacen las cosas mejor que otros.

Manejo de la información con este sesgo conlleva a malas interpretaciones por parte de los pacientes y el público en general, ya por un elevado aumento de las expectativas o por sentimientos de discriminación. Elementos que si bien, son distorsionados, siempre van a estar presentes en el público en general y en el cuerpo médico y paramédico no vinculado directamente al proceso del trasplante. Se estaría mostrando únicamente una verdad parcial y parcializada. Los casos buenos, son usualmente los ejemplos.

Se recomienda que, nuevamente, este tipo de información sea manejada por las entidades estatales creadas para tal fin o por equipos privados que le den participación a los grupos más generales encargados de manejar las políticas macro. Siempre debe tenerse en cuenta el bien común sobre los intereses particulares y debe procurarse, a toda costa, mantener el buen nombre del procedimiento y no arriesgar, por egoísmo o por intereses privados, los esfuerzos mancomunados por la donación. Siempre habrá manera, y en especial en eventos científicos alejados del público general y los médicos no trasplantólogos, de demostrar los logros y los mejores resultados particulares.

En general, el recaudar fondos y la búsqueda de recursos para la resolución de casos individuales o para el manejo de grupos específicos, debe siempre tratar de ser evitado. Los esfuerzos deben, en lo posible, ser mancomunados y dirigidos a toda la población general, la cual no solamente es la proveedora de los recursos, sino su potencial usuario. Solo así se rompe uno de los muchos obstáculos para combatir la necesidad.

Un último punto que no tiene que ver con los medios de comunicación pero sí con la comunicación como tal es la que se refiere a la obligatoriedad que tienen los médicos en general, de informar a los encargados o delegados por el estado acerca de la existencia de un posible donante. Es obligatorio informar que existe un paciente en muerte encefálica. Pues con la gran escasez de órganos y tejidos, se debe intentar, hasta donde sea posible, el salvar órganos. La implicación moral de esta premisa es la de que no puede un médico permitir no ofrecer a otro, así no sea su paciente directo, una oportunidad de vida. La restricción va en el sentido de no hacer que el médico tratante pida el consentimiento de donación ni que el médico del grupo de rescate entre en el diagnóstico de muerte.

En este sentido, nuevamente las campañas educativas, pero esta vez dirigidas a los médicos, son fundamentales.