

El caso de los trasplantes (I)

Reflexiones éticas

por Sergio RODERO CILLEROS

1. INTRODUCCIÓN

La década de los 60 marcó, por un lado la actual evolución de los trasplantes de órganos, y por otro el debate ético-legal. El 3 de diciembre de 1967 el Doctor Christian Barnard efectuaba en el Hospital Groote Schuur de la Ciudad del Cabo (Sudáfrica) el primer trasplante de corazón, que fue continuado por una secuencia de semejantes intervenciones quirúrgicas en el año siguiente, cuyos resultados fueron muy escasos, mas que produjeron un gran impacto en la opinión pública, dentro de un año que vendría marcado por grandes movimientos culturales y sociales. Es cierto que la historia de los trasplantes, tal y como apunta el Dr. Diego Gracia en este sentido, había comenzado con anterioridad con los trasplantes de córnea y, sobre todo, de riñón en los años 50 del siglo pasado. Con todo, ahora el órgano trasplantado, el corazón, poseía importantes resonancias culturales y afectivas – pensemos en todas las expresiones de nuestro idioma en que donde se hace referencia al corazón como sede de la afectividad y de los sentimientos humanos¹.

Aquellos primeros trasplantes, como se escribió y comentó entonces, significaban degradar al corazón a su mera –y verdadera– función de “músculo cardíaco”. Por otro lado, aunque la Revolución de mayo en Francia representaba un importante cambio cultural de orientación, no obstante, el primer trasplante se inscribía, como un elemento más, inmerso en una ideología que creía todavía acríticamente en el valor absoluto del progreso científico y técnico y que estaba abriendo un episodio nuevo en la historia médica en la que el fallo o el envejecimiento de los órganos podría hallar una terapia técnica ejemplar, cimentada en el recambio de esos.

Un segundo dato, que tiene también lugar muy poco antes del comienzo de la misma década de los 60, es el inicio de la terapia intensiva. En el año 1959 un grupo de neurofisiólogos y neurólogos de Lyon describe una situación que califican como “muerte del sistema nervioso” y, poco después, otros dos neurólogos, Mollaret y Goulon, del Hospital Claude Bernard de París, califican una situación que atañe a un grupo de 26 enfermos con graves lesiones cerebrales como “coma dépassé” (“coma sobrepasado”). Estas nuevas directrices, junto al comienzo de los trasplantes, abren la puerta a un nuevo criterio para definir la muerte de una persona: el de la muerte cerebral o encefálica, que propende de modo progresivo a suplantarse el criterio clásico de la parada cardiorrespiratoria².

Estos dos hechos, junto al comienzo del empleo de la ciclosporina en los 80, pueden señalar la triple coordenada histórica en que situar el actual debate ético sobre los trasplantes de órganos, que han arribado a nuestras sociedades a unos resultados sinceramente positivos y muy alentadores.

2. PLANTEAMIENTO ÉTICO GENERAL SOBRE LOS TRASPLANTES

Representa ya un tópico, al abordar hoy cualquier tema de bioética, hacer mención a los principios de esta disciplina que empezaron a ser aceptados a partir del popular Informe Belmont. Hay un humus elemental de estos principios éticos: la afirmación y el reconocimiento de la dignidad que compete a todo ser humano. Conforme señala Peces-Barba, ocupándose justamente de este tema, “la persona humana es siempre un fin y no puede ser utilizada como medio, ni se puede adoptar una posición utilitarista, de beneficio para el mayor número, si eso supone afectar esa radical condición de fin en sí”, que posee toda persona humana. De ahí se extrae, como primer principio ético, enraizado en el principio de autonomía, que “todas las prácticas o actitudes que deriven o expresen una concepción instrumental del ser humano, en trasplantes... deben ser rechazadas”. Esta aseveración es fundamental en todo el debate ético de los trasplantes: por muy importantes que sean los beneficios científicos que pudieran extraerse, o por relevante que sea el beneficio para los receptores de órganos, jamás puede degradarse a un ser humano al papel de mero medio o instrumento para conseguirlo³.

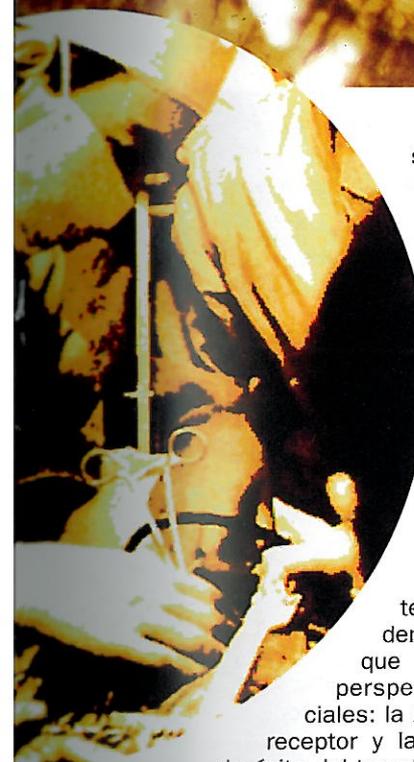
Una consecuencia del principio de autonomía será el énfasis en la libertad de las personas implicadas, esto es, el reconocimiento de la voluntariedad y la necesidad de consentimiento informado, tanto por parte del donante como del receptor (o, en caso de que sea imposible prestarlo, por parte de sus tutores o representantes legales). De ahí, la relevancia de que se proporcione a las personas implicadas una información íntegra sobre las consecuencias que podrían seguirse de la práctica del trasplante.

Los principios de beneficencia y no-maleficencia tendrían su repercusión en el tema de los trasplantes, al subrayarse la exigencia ética de seguridad, o sea, la necesidad de que la compleja técnica se realice en condiciones que garanticen, al máximo posible, el buen resultado de la intervención. De ahí, que considere el propio Peces-Barba que estamos ante un asunto que no puede dejarse a la autorregulación ética corporativa de la profesión

médica ni de las asociaciones de las personas afectadas por una enfermedad que requeriría un trasplante. Es necesaria una regulación jurídica realizada por terceras personas imparciales que legislen y juzguen los conflictos que puedan presentarse. Una consecuencia lógica del principio de no-maleficencia es la gran importancia de que no se infiera daño desproporcionado a los donantes y que los órganos extraídos se hallen en condiciones que no produzcan daño a los receptores. La exigencia ética de beneficencia se concretaría también en una llamada a la solidaridad interhumana, como principio rector de toda la problemática de los trasplantes, que debería ser fomentada mediante campañas de información y de sensibilización.

Finalmente, el principio de justicia se concretaría especialmente en la afirmación de la igualdad de todas las personas que podrían beneficiarse de la tecnología. Expresado en forma negativa, sería la no-discriminación de ninguno de los posibles receptores por razón de raza, edad, riqueza, sexo, religión, etc..., en la distribución equitativa de los órganos disponibles para trasplante. El principio de igualdad, como señala Peces-Barba, incluye la “aceptación de que hechos diferentes no rompen, sino que fuerzan el principio de igualdad”⁴. La formulación más empleada del principio de justicia, la de que “casos iguales, exigen tratamientos iguales”, puede ser iluminadora para la búsqueda entre los distintos receptores posibles de aquel que es más adecuado para recibir un órgano, una terapia médica que hoy debe seguir siendo calificada como “escasa”. Nos parece importante remarcar, desde este momento, que la política social en materia de trasplantes es inseparable del marco más extenso de la política sanitaria global en la distribución de los recursos sanitarios. La racionalidad económica en la distribución de tales recursos constituye una inevitable referencia ética que debe ser





siempre ponderada y sobre la que volveremos más adelante⁵. No pretendemos entrar en el asunto de la selección de los receptores del trasplante, pero es evidente que habría que subrayar dos perspectivas esenciales: la necesidad del receptor y la probabilidad de éxito del trasplante.

Una consecuencia de esta exigencia de igualdad es que, tal como expresó la resolución de la Conferencia de Munich, "la capacidad económica de las personas no debe ser un factor que decida sobre la asignación de los métodos de tratamiento ni de los órganos para el trasplante"⁶. Ya lo había recogido y atestigüado la 44 Asamblea de la OMS: "A la luz de los principios de distribución justa y equitativa, la donación de órganos debe proporcionarse a los pacientes en base a las necesidades médicas y no en base a consideraciones económicas"⁷.

Si antes fueron indicadas tres coordenadas cronológicas, dentro de las cuales habría que posicionar en el tiempo la actual problemática de los trasplantes, las exigencias éticas ahora mencionadas constituyen de la misma manera las coordenadas básicas orientadoras en el discurso moral.

Una vez formulado este marco conceptual, nuestra exposición va a ir encauzada por los siguientes puntos: 1/ Las donaciones provenientes de personas vivas; 2/ El diagnóstico de muerte; 3/ Las donaciones que proceden de cadáver; 4/ El comercio de órganos y tejidos; 5/ Los trasplantes de órganos procedentes de animales; 6/ La distribución de órganos entre los posibles receptores.

3.LAS DONACIONES PROCEDENTES DE PERSONAS VIVAS

Ante todo, debería afirmarse que tal donación constituye "un acto altruista y generoso, no exigible por la sociedad ni moral, ni legalmente"⁸. Se trata de un acto de profunda y generosa solidaridad interhumana, cuya valoración ética debe ser, en principio, extraordinariamente positiva.

Evidentemente ha de existir una previa ponderación entre los beneficios que se seguirán para el receptor —al que se debe informar sobre otras alternativas terapéuticas— y los riesgos que entraña para el donante, tanto los dimanantes de la necesaria intervención quirúrgica, como los consecuentes al ulterior desarrollo de la vida del donante —especialmente en los casos de donación de riñón o, parcial, de hígado—. Por ello, la donación es en principio, más fácilmente aceptable cuando se trata de tejidos regenerables, como puede ser la médula ósea, y se hace entre personas consanguíneas en la que la expectativa de éxito es superior.

Un aspecto ético básico es el del consentimiento informado, tanto por parte del receptor, como, de modo especial, por parte del donante. Tal información debe ser lo más completa posible, expresando las probabilidades de éxito y las previsibles consecuencias para el donante a corto y largo plazo; igualmente, la información debe tener un carácter confidencial y darse de forma no directa. Será necesario tener en cuenta la existencia de posibles condicionamientos que reduzcan o acoten la capacidad de decisión del donante. Ciertamente, el consentimiento tendrá que prestarse por escrito, dada la gran trascendencia del acto y, obviamente, el órgano debe trasplantarse a la persona concreta para la que se hace la donación. Como norma general debe afirmarse que el don de un órgano importante, como un riñón, no puede ofrecerse sino por una persona adulta, plenamente consciente y responsable del gesto que pretende llevar a cabo. Habría que agregar que toda donación, especialmente la parcial de hígado, ha de realizarse en un centro y por un equipo que reúna las garantías técnicas exigibles.

Un problema importante es el del consentimiento vicario o sustitutivo, cuando

se trata de personas legalmente incapacitadas. Estamos de acuerdo en que la donación puede ser en principio admisible, aunque siempre excepcional, si se trata de tejidos regenerables procedentes de menores de edad, contando con el permiso de su representante legal y, si entraña riesgo, con el de la autoridad competente. Esta opción se podría fundamentar éticamente en el argumento aportado por R.A.McCormick, al tratar los experimentos no-terapéuticos en niños, de que éstos, aunque no puedan prestar un verdadero consentimiento informado, no obstante, por su pertenencia a la comunidad humana y, especialmente, a la comunidad familiar, tienen obligaciones de solidaridad cuando se trata de técnicas que no incluyen serios problemas para su futura salud⁹. Tanto si se trata de tejidos regenerables, como a fortiori de los no regenerables, creemos que no es ético extraerlos de menores de edad que se encuentren en instituciones. Otro punto a considerar, dentro del grupo de menores, es el de la edad: cuando se trata de adolescentes, debe ponderarse seriamente su propia opción. Estamos ante situaciones en que debe atenderse además a los aspectos personales y familiares implicados. Consideramos que no es ética la extracción de tejidos no-regenerables, ni de regenerables, procedentes de enfermos o discapacitados mentales. En estos casos, así como en el de los niños institucionalizados, nos parece que existe siempre el peligro de minusvaloración de estos individuos, que pertenecen a los denominados "grupos vulnerables". En el caso de un órgano par, consideramos que no es ético realizar la extirpación en beneficio de un familiar u otra persona contando solamente con un consentimiento sustitutivo. Finalmente, ningún adulto puede ser coaccionado u obligado a la donación de un órgano, que debe hacerse siempre con total libertad. Nos parece que debe afirmarse en principio que si existen dudas sobre la falta de libertad del donante, no debería realizarse la extracción. Como máximo, se podrá proponer la donación, mas jamás imponerla. En estas situaciones el equipo médico deberá extremar una aproximación no directa, ni impositiva —aun con mecanismos sutiles— al posible donante. ■

¹ Cf. GAFO, J.: "Los trasplantes de órganos", Ética y legislación en enfermería, Universitat, Madrid, 1994, pp. 219-223. / ² MACHADO, C.: "Una nueva definición de la muerte según criterios neurológicos", en ESTEBAN, A. Y ESCALANTE, J.L. (eds): Muerte encefálica y donación de órganos, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, Madrid, 1995, pp. 27-29. / ³ PECES-BARBA, G.: "Problemas morales del Derecho ante el trasplante de órganos", Revista Española de Trasplantes, 2 (1993), n.º extraordinario, 1 de junio 1993, pp. 7-11. / ⁴ Ibid., p. 10. / ⁵ V. GAFO, J.: "El derecho a la asistencia y la distribución de recursos", en Ética y legislación en Enfermería, Ed. Universitat, Madrid, 1994, pp. 79-92. / ⁶ La Conferencia de Munich fue organizada por EDTA-ERA y ESOT, las dos asociaciones europeas más relevantes de trasplantes. Véase BOTELLA, J.: "Aspectos éticos y sociales de los trasplantes de órganos", Nefrología 14 (1994), suplemento 1, pp. 61-63. / ⁷ Ibid., p.62. / ⁸ Comisión Permanente sobre Trasplante de Órganos y Tejidos del Consejo Interterritorial del Sistema de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, "Puntos éticos de conflicto que puede generar el trasplante de órganos", Revista Española de Trasplantes, pp. 3-6. / ⁹ McCORMICK, R.A.: "Proxy Consent in the Experimentation Situation", en MAPPES, T.A., y ZEMBATY, J.S. (eds.), en Biomedical Ethics, New York, 1981, pp. 159-169.

