

Bioética, derecho y trasplantes

Dr. Jesús Humberto del Real Sánchez

El hombre siempre ha soñado con la inmortalidad, o por lo menos con prolongar su existencia más allá de lo máximo posible, a pesar de que pocos años después de haber nacido se ha dado cuenta de que su naturaleza es finita y que menos del 1% de la población alcanzará los 100 años de edad. Sin embargo, estos datos no lo han desanimado para continuar buscando los medios que le permitan prolongar su existencia y, cuando varios de sus órganos han dejado de funcionar eficientemente, los cambia por otros en mejores condiciones, como lo hace con su automóvil: cuando una de sus piezas ya no funciona la cambia por otra en mejor estado. Este es el mundo de los trasplantes.

Los antígenos de histocompatibilidad

El principal problema para que los trasplantes sean una realidad, es el rechazo del organismo hacia el órgano trasplantado, debido a las diferencias en la composición de los organismos: cada individuo es único. Estas diferencias están dadas principalmente por los antígenos ABO de los grupos sanguíneos y los HLA (del inglés Histocompatibility Leucocyte Antigens). Entre más semejanza exista entre estos antígenos, entre el receptor y el donador, mayores serán las esperanzas de sobrevivida del trasplante. El conocimiento de estos sistemas antigénicos y el uso de sustancias que modulen el sistema inmune, para evitar la reacción de rechazo, además de los modernos equipos de cirugía, han hecho posible que los trasplantes sean una realidad a partir de la segunda mitad del siglo XX.

El problema de la transparencia en las asignaciones

A pesar de los avances en la ciencia médica, aún persisten algunos problemas relacionados con los aspectos éticos y jurídicos. Dado que los candidatos a recibir un trasplante son mayores que los donadores, es necesario establecer una reglamentación para la asignación de estos órganos, lo cual no siempre está completamente clara. De acuerdo con los coordinadores de trasplantes de los hospitales públicos del Estado y el Consejo Estatal de Trasplantes, existe un reglamento y una lista de espera, sin embargo el candidato en espera de recibir un trasplante no sabe en qué posición de la lista de espera se encuentra. Sería necesario que los pacientes conocieran esta información, y no sólo los funcionarios, para evitar suspicacia de tráfico de influencias.

Hay escasez de donación de órganos

Si eliminamos las transfusiones sanguíneas, que en sentido estricto es un tipo de trasplante, y las corneas que habitualmente no dan ningún problema de rechazo, el principal órgano trasplantado es el riñón. Para el trasplante de este último tenemos dos fuentes de órganos, de donador cadáver o de donador vivo "relacionado" (consanguíneo o de parientes). Este último tiene un mayor grado de sobrevivida debido a que es más probable la semejanza de los antígenos de histocompatibilidad entre parientes que entre extraños. En relación a los trasplantes de cadáver, los mejores son aquellos de individuos jóvenes que han muerto de un accidente (por ejemplo, por accidente de carretera o por asesinato). En México la gran mayoría de los trasplantes de riñón son de donador vivo relacionado.

No hay donadores suficientes

A pesar de las intensas campañas por parte de la Secretaria de Salud y sus organismos como el Consejo Estatal de Transplantes en Jalisco, la donación de órganos de cadáver continúa siendo muy escasa. En diversas encuestas, hechas en los Estados Unidos, no más del 50% de la población está dispuesta a donar sus órganos y los argumentos van desde que les falta voluntad para hacerlo, pasando por motivos religiosos (a pesar de que la mayoría de las iglesias no presenta objeciones a este procedimiento), hasta la sospecha de la venta o por lo menos al tráfico de influencias para asignarlo a algún personaje de la vida pública o económica del país y no al que le corresponde.

La muerte cerebral

Uno de los problemas por los que algunos no quieren ser donadores cuando mueran, es la sospecha de que su vida queda subordinada en caso de una situación terminal al parecer del equipo médico y no se hagan los procedimientos necesarios si existiera esperanza de recuperación, cuando se sabe que un determinado paciente ha decidido en vida donar sus órganos.

Los trasplantes de cadáver se realizan extrayendo los órganos de personas que han muerto recientemente. La grafica muestra el tiempo en que es viable un órgano después de haber sido recuperado de un cuerpo recién fallecido.



Es conveniente no prolongar indefinidamente los medios extraordinarios en los pacientes que muestran un curso irreversible en sus funciones cerebrales.

El procedimiento es que un grupo de médicos, independientemente del grupo de trasplante, con base en exámenes clínicos y de gabinete, especialmente los encefalogramas, determina qué hay daño cerebral irreversible, lo que se conoce como “muerte cerebral” y que ese paciente está muerto, aunque algunos de sus órganos sigan funcionando. No todos los órganos y tejidos mueren al mismo tiempo: recordemos que a los muertos les crecen las uñas y el pelo, lo que quiere decir que los tejidos no están muertos, pero la persona como tal, con el diagnóstico de muerte cerebral, ha cesado de existir.

Consentimiento presunto *versus* declarado

Para tratar de resolver la escasez de órganos para trasplante de cadáver, el gobierno mexicano modificó la Ley General de Salud en el año 2000, en lo relativo a los trasplantes, estableciendo que aquellas personas que en vida no habían dejado un

documento en el que se señalara que no querían ser donadores, significaba que ellos habían aceptado donar sus órganos para trasplante.

El artículo 324 de la Ley General de Salud anterior al año 2000 citaba textualmente: *“Para efectuar la toma de órganos y tejidos se requiere el consentimiento expreso y por escrito del disponente originario, libre de coacción física ó moral, otorgado ante notario o un documento expedido ante dos testigos idóneos...”*. El artículo 325 de esa misma ley señalaba : *“Cuando el disponente no haya otorgado su consentimiento en vida para la utilización de órganos, tejidos y sus componentes de su cadáver, se requerirá el consentimiento o autorización de los disponentes a los que se refiere el artículo 316 de esta ley: excepto cuando la autoridad competente, de conformidad con la ley ordene la necropsia, en cuyo caso, la toma de órganos, tejidos o sus componentes, no requerirá de autorización o consentimiento alguno”*. Esta parte del artículo 316 se refiere a los casos médico-legales, como los que mueren en un accidente automovilístico, asesinatos o muertes por envenenamiento o sospecha de los mismos; la ley determina que se les debe practicar la autopsia, lo cual, frecuentemente se lleva a cabo horas después del fallecimiento, cuando esos órganos ya no son útiles para el trasplante.

El artículo 324 de la modificación de la Ley general de Salud en el año 2000 establece: *“Habrá consentimiento tácito del donante cuando no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de algunas de las siguientes personas: El o La cónyuge, el concubinario, la concubinaria, los descendientes, los ascendientes, hermanos, el adoptado o adoptante conforme a la prelación señalada...”* El artículo 325 de esta ley, modificada en el año 2000 establece: *“El consentimiento tácito sólo aplica para la donación de órganos y tejidos una vez que se confirme la pérdida de la vida del disponente. En el caso de donación tácita, los órganos y tejidos sólo podrán extraerse cuando se requieran para fines de trasplantes”*.

De acuerdo con algunos autores, como Ruy Pérez Tamayo, este articulado constituye uno de los documentos legales más avanzados en el mundo de habla hispana sobre la obtención de órganos y tejidos para trasplantes, porque -con el concepto de “donador tácito”- todos somos donadores potenciales, excepto aquellos que se nieguen por escrito a serlo. Sin embargo, en la práctica, esta normativa no tuvo los resultados esperados, es decir de que hubiese una gran cantidad de órganos de cadáveres para trasplante, porque la mayoría de los familiares se siguen negando a dar la autorización.

El mercado de órganos

A pesar de que en la mayoría de los países está formalmente prohibida la venta y el tráfico de órganos para trasplante, en la práctica se sigue dando, especialmente en los países en desarrollo. La Ley General de Salud de México en su artículo 327 establece; *“Está prohibido el comercio de órganos, tejidos y células; la donación de estos con fines de trasplantes se regirá por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su obtención y utilización será estrictamente a título gratuito”*.

Sin embargo, ante la escasez de órganos para trasplante, es tentadora la idea de obtener estos órganos, ya sea a través de organizaciones criminales que secuestran personas y en hospitales clandestinos les extraen los órganos que luego son llevados a otros hospitales

con capacidad para realizar el trasplante. Esto que parecería una novela de ficción aún se da en algunos países.

Otra forma menos deshonesto, incluso aceptada por algunos pensadores, es la compra de órganos de donador cadáver, e incluso de donador vivo, lo cual no es aprobado por la mayoría de moralistas y está prohibido por la Ley General de Salud que señala que el donante debe ser consanguíneo del receptor, en los casos de “donador vivo” ante la posibilidad de que surja un amigo o conocido, que espontáneamente ha decidido donar su riñón pero que en realidad lo ha vendido.

Para algunos eticistas “liberales”, la venta de órganos de un donador pobre a un receptor rico es aceptable, argumentando que el pobre al “vender” su riñón sale de sus penurias económicas y el rico pierde poco y a cambio recupera su salud, pero otros – la mayoría de los expertos y la legislación- argumentan que si aceptamos esto, se pierde el principio de equidad, ya que sólo existirían órganos para aquellos que pudieran pagarlos, mientras que los pobres no podrían pagarlos a los precios de mercado.

La selección de receptores

No existen lineamientos o reglas para establecer a quien se le irá asignando el próximo riñón disponible, en el caso de los riñones de cadáver, aunque se está de acuerdo que no es necesariamente el que tiene mayor antigüedad en la lista de espera, sería que es aquel que tenga la mayor compatibilidad posible, sin embargo, la gente se pregunta por qué algunos pacientes, especialmente algunos políticos o familiares de los mismos, son trasplantados poco tiempo después de que han ingresado a las listas de espera. Es necesario que se fijen las reglas del juego de manera más clara y que todos las conozcan.

El sistema de salud y la prevención

Nuestro modelo de atención médica, que en buena parte ha sido diseñado a imagen y semejanza del de los Estados Unidos. Uno de los defectos del sistema de atención médica americana, es que privilegia los aspectos curativos sobre los preventivos: es más fácil impactar a la opinión pública con un programa de trasplante de órganos que un programa para promover un mejor estado de salud y prevención de algunas enfermedades.

Por ejemplo, la insuficiencia renal crónica es debida, en más de la mitad de los casos, a una diabetes mellitus o una hipertensión arterial, tardíamente diagnosticadas y mal controladas. Si estas dos enfermedades fueran prevenidas con una alimentación adecuada, manejo del stress, no fumando, ejercicio físico, etc, y –en el caso de no haber impedido su desarrollo- fueran diagnosticadas tempranamente y controladas adecuadamente, muchos de los casos de insuficiencia renal crónica no hubieran ocurrido y muchos de esos trasplantes no hubieran sido necesarios.