

Bioética y trasplantes de órganos

Eduardo Casillas González/ Master en Bioética

Los principios generales que definen el problema ético de los trasplantes son tres: la defensa de la vida del donador y receptor, la tutela de la identidad personal, y el consentimiento informado. Cada uno de estos aspectos se presta para realizar algunas breves reflexiones.

La defensa de la vida

En lo que corresponde a la defensa de la vida del donador y del receptor, pudiera parecer como descontada la licitud del trasplante llevado a cabo y motivado para la prolongación de la vida de un enfermo grave no curable de otra manera; en realidad, la reflexión bioética debe ser llevada más allá. Se debe considerar que, incluso en la hipótesis de un beneficio efectivo para el paciente que recibe el órgano, es requerida eventualmente una determinada merma en la salud del donador si éste último vive; además, no siempre la vida prolongada en el enfermo que recibe el órgano trasplantado tiene una calidad satisfactoria. En el caso de la extracción del órgano *ex cadavere* puede representar un daño a la vida, cuando la muerte no sea acaecida para todos sus efectos o no se haya detectado de manera exhaustiva. Se puede, asimismo, introducir en la experiencia quirúrgica la búsqueda de éxito a cualquier costo y la finalidad experimental, a perjuicio del enfermo que puede fungir de conejillo de indias para el progreso de las técnicas quirúrgicas. Por ello, la reflexión ética debe ser cuidadosa y cauta, si bien debe al mismo tiempo permanecer abierta al verdadero servicio de la vida de los pacientes.

El principio del respeto de la vida física de la persona conlleva la obligación consecuente de “no disponibilidad” del propio cuerpo, si no es por un bien mayor del cuerpo mismo (principio de totalidad) o por un bien moral mayor, relativo a la persona misma. En nuestro caso, el principio de totalidad o terapéutico justifica por sí mismo la licitud de los llamados trasplantes autoplásticos (incluidos los estético-correctivos); para justificar en cambio, los trasplantes homoplásticos (riñón, corazón, etc.).

El principio de totalidad debe concordar con el principio de solidaridad y socialidad. En otras palabras es lícito el trasplante homoplástico con estas condiciones: A) el donador (si vive) no deberá sufrir un daño sustancial e irreparable a la propia vida y operatividad. Es el caso cuando se dona un doble órgano (riñón) o de parte de un órgano (hígado, pulmón) en el cual, perfeccionándose las técnicas, normalmente el donador puede continuar viviendo y trabajando. Se entiende cómo la moral católica, que al inicio de la era de los trasplantes era más bien reticente a admitir su licitud, haya ido progresivamente ampliando su visión, al punto de recomendar la donación de órganos post mortem: la postura sobre la licitud depende del éxito técnico, ante todo en la conservación de la vida del donador. B) Se deberá contar con una alta posibilidad de éxito del trasplante en el paciente receptor: el sacrificio del donador debe tener una cierta proporcionalidad con las posibilidades de éxito real en la vida del paciente beneficiario. Es de considerar también que la vida del paciente tiene ya de por sí un valor inalienable y puede ser sometida a un tratamiento riesgoso y de tal forma invasivo únicamente si existen esperanzas bien fundadas de obtener una extensión real de la vida. En

este sentido se expresa el Catecismo de la Iglesia Católica que considera el trasplante de órganos un acto conforme a la ley moral y meritorio ya que “los daños y riesgos físicos en los cuales incurre el donador son proporcionales al bien que se busca para el destinatario. Es moralmente inadmisibles provocar directamente la mutilación invalidante o la muerte de un ser humano, así sea para retardar el deceso de otras personas” (No. 2296). Por lo tanto, deben ser condenados moralmente los trasplantes con carácter de tal manera arriesgado, que son considerados principalmente experimentales. Consideremos, por ejemplo, una cierta temeridad en el trasplante cardiaco llevado a cabo en ciertos periodos: el trasplante deberá resultar el único remedio válido para prolongar la vida del paciente. Por ejemplo, para el trasplante renal la oportunidad del trasplante se presenta cuando la diálisis renal ya no es practicable con éxito y a largo plazo; por otra parte, deberá contarse con la constatación inequívoca de muerte del donador, cuando se trata de toma de un cadáver.

En conclusión, al menos serían tres los criterios: un criterio utilitarista; un criterio causal; y un criterio terapéutico. Según el criterio utilitarista, la distribución de los órganos debe ser efectuada sobre la base del criterio de la productividad social por la cual se elige como receptor preferiblemente a quien, una vez curado, volverá a la vida productiva.

El criterio casual se basa en el principio de imparcialidad y confía la distribución de los órganos a trasplantar al caso, según la prioridad de las solicitudes.

Finalmente, el criterio terapéutico, que podríamos afirmar que compartimos, tiene presente algunos parámetros clínicos, entre los cuales enumeramos: urgencia, posibilidad de éxito del trasplante en relación con las condiciones del paciente, previsión de integración del órgano en el organismo receptor y, en última instancia, prioridad de la solicitud. La elección del paciente de someterse a la intervención debe ser provista del principio de no discriminación: por ninguna razón ni social ni racial, quien realmente tiene necesidad e indicaciones para el trasplante debe ver frustrada su posibilidad de acceso a ello.

La defensa de la identidad personal del receptor y de sus descendientes

El problema moral se evidencia para el caso de trasplante de órganos no ejecutivos sino estructuralmente conectados con el pensamiento y la identidad biológico-procreativa del sujeto. Es el caso de la hipótesis del trasplante de cabeza / tronco o del trasplante, técnicamente menos complejo, de los órganos (ovarios, testículos) o de glándulas de gran relevancia para el equilibrio hormonal y bio-psicológico del sujeto (hipófisis). Cuando la calidad de la vida y la identidad personal están fuertemente amenazadas y comprometidas, cuando el resultado del trasplante amenaza y trastorna de tal manera al sujeto, surge el problema de la licitud del trasplante, así como la pregunta acerca de si el fin sea únicamente el de lograr la supervivencia que resultara simplemente biológica. La perspectiva mecanicista en la cual quien propone estos tratamientos resulta insuficiente para definir la corporeidad que es parte integral de la persona, encarnación del yo, del que constituye la identidad, la epifanía y el lenguaje.

El yo se construye desde el punto de vista psicológico y sensorial a través de la experiencia corpórea: la memoria conserva la imagen de sí y en la corporeidad se refleja la identidad: *¿cómo podría reconocerse una mente perteneciente a un cuerpo que ya no existe, en otro cuerpo?* Por lo cual nos permitimos afirmar que tal construcción quirúrgica tendría un carácter poco humano y resultaría perturbada la identidad personal del sujeto.

En lo que respecta a las gónadas y órganos de los cuales depende la reproducción y secreción

de hormonas, éstos no están conectados con funciones vitales. En general, nos parece que esta praxis se debe considerar como una amenaza para la identidad biológica y psicológica del sujeto receptor y su descendencia. En particular, la prohibición es aún más clara cuando el trasplante es realizado simplemente para la cura del órgano y no del individuo, es decir, simplemente para proveerse de ovarios y testículos normales y no enfermos para garantizar de esa manera la fertilidad. En este caso no se trataría de un trasplante para salvar la vida del sujeto –como es para el riñón, corazón, etc.–, sino simplemente para curar la infertilidad, una razón que no justifica un trasplante que conlleve posteriormente la turbación en la identidad biológica de la descendencia, de la misma manera de cómo resulta negativo el juicio sobre la fecundación heteróloga. La presencia de una amenaza a la vida del paciente por un proceso morboso (un tumor, por ejemplo) en órganos genitales puede justificar la eliminación del órgano enfermo, pero desde nuestro punto de vista no exige la sustitución mediante el trasplante con finalidades procreativas. Tal principio ha sido claramente reafirmado en la Tarjeta de los trabajadores de la salud, que afirma que “no todos los órganos son éticamente donables. Del trasplante deben ser excluidos el encéfalo y las gónadas que aseguran la identidad personal y procreativa de la persona, órganos en los cuales toma específicamente cuerpo la unicidad de la persona” (*Pontificio Consiglio per la Pastorale degli operatori sanitari, Carta degli operatori sanitari*, n. 88).

El consentimiento informado

Acerca de este punto debemos considerar dos hipótesis: cuando la toma de tejido o del órgano es realizado *ex vivo* y cuando es ejecutado *ex cadavere*. Pero en todo caso, el deber de proveer información exacta y completa sobre los riesgos, consecuencias y las dificultades será observado también con la mira puesta en quien recibe el órgano o tejido. Toda vez que en ocasiones se trata de correr riesgos demasiado altos (como un trasplante de corazón), y en otras de afrontar incertidumbres y consecuencias imprevisibles (trasplante de riñón, hígado, páncreas) en orden al rechazo o a particulares atenciones y cuidados para el resto de la vida, la información deberá ser exacta, el consenso explícito y formal, antes de proceder al implante de un nuevo órgano. Cuando la toma del órgano es llevada a cabo de un donador vivo, como en el caso de tejidos, partes de órganos u órganos dobles (riñones), la obligación de consenso informado abarca al donador y a todas las consecuencias sobre la salud y capacidades laborales futuras del donador. No podría hablarse de un acto de donación, expresión de solidaridad, si no existiera una conciencia motivada en todas las consecuencias del gesto.

Cuando la toma del órgano se lleva a cabo de un cadáver, la tendencia es aquella de considerar al cadáver como *res communitatis* (“cosa o realidad de la comunidad”) y a favorecer la utilización para el bien común todas las veces que se presente la necesidad social y todas las veces que no resulte una voluntad contraria del sujeto donador expresada en vida. En este contexto adquiere una particular importancia desde el punto de vista ético, la difusión de una auténtica cultura del don, gracias a la cual cada uno, desde muy joven, advierta la necesidad de dar explícitamente el propio consenso a este acto de profunda solidaridad humana y de enorme valor social. No se deben excluir las connotaciones particulares que el tema que nos ocupa asume cuando se trata de efectuar una toma de órganos de un menor. En efecto, en este caso nos encontramos frente a situaciones sumamente diversas entre ellas, dependiendo de si el menor receptor es un niño de pocos años, o un adolescente en condiciones de

CENTRO SAN CAMILO
VIDA Y SALUD
NO. 81 (2016)

comprender el significado de lo que sucede. En esta última hipótesis es necesario un compromiso comunicativo particular también por la dificultad del mensaje que se debe transmitir, que está constituido esencialmente por datos sobre los porcentajes de supervivencia.