Esta obra forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM

www.juridicas.unam.mx

DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Omar Sánchez Ramírez*

Sumario: I. *La ética en las organizaciones de salud.* II. *En la microética.* III. *Necesidades del donador.* IV. *Donaciones cruzadas.* V. *Aspectos legislativos que motivan preocupación.* VI. *La actitud de los profesionales de la salud ante la muerte cerebral.*

I. La ética en las organizaciones de salud

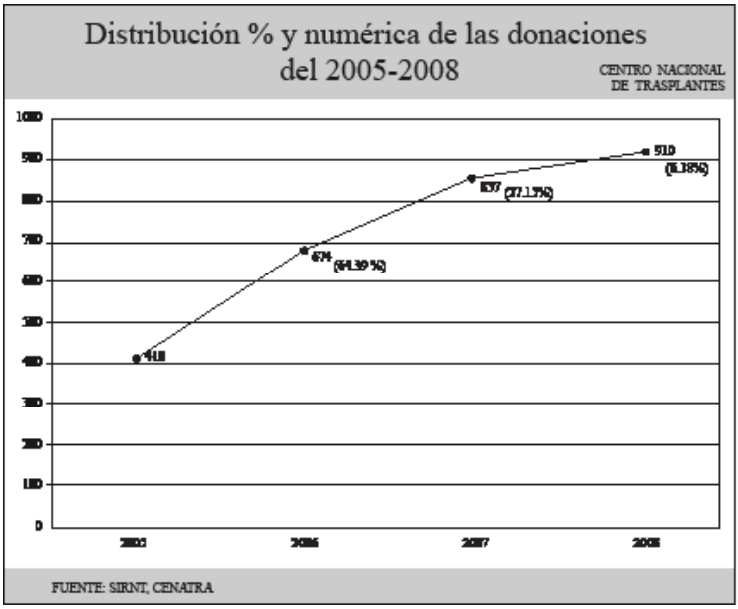
El Centro Nacional de Trasplantes (Cenatra), organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, es responsable del desarrollo de un Sistema Nacional de Trasplantes en el sector salud. Con base en esta y otras atribuciones derivadas del Reglamento Interior de la secretaría ya mencionada, el Cenatra ha elaborado un diagnóstico con respecto a las fortalezas y debilidades del sistema. Este diagnóstico se basa en varias fuentes de información, entre las que se encuentran el Registro Nacional de Trasplantes, los estudios de opinión realizados a profesionales de la salud y a la población general, los datos proporcionados por los secretarios técnicos de los consejos estatales de trasplantes y los coordinadores institucionales de los programas de trasplante.

Sin pretender ser exhaustivos en la revisión del diagnóstico, se pueden destacar algunos elementos que nos servirán de base para la reflexión ética sobre algunos puntos de controversia que se han identificado derivados de la creciente actividad de la donación de órganos y la realización de trasplantes en sus diferentes modalidades en nuestro país.

* Director de Planeación, Enseñanza y Coordinación Nacional del Centro Nacional de Trasplantes, Secretaría de Salud.

En primer lugar, vale la pena destacar que el número de donaciones de órganos y tejidos de personas fallecidas en nuestro país ha venido creciendo paulatinamente durante estos últimos años, tal como se puede apreciar en la gráfica (figura 1).

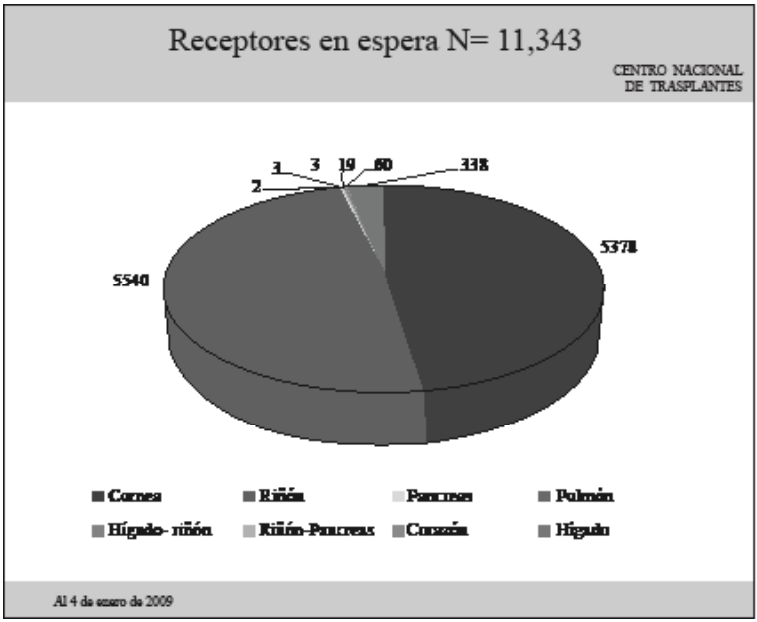
Figura 1



El Cenatra ha determinado con base en esta información, que la tasa de donación cadavérica por millón de habitantes durante el año 2006 fue de 2.9. Cuando se compara con España, que es el país con la mayor tasa a nivel mundial, se puede apreciar lo mucho que falta por hacer, ya que en este país la tasa es de 39 donadores por millón de habitantes. Como dijimos, el aumento en el número de donaciones en nuestro país es constante, pero paulatino, mientras que la demanda de trasplantes crece en forma alarmante, ya que hoy en día contamos con más de 11,300 pacientes (diciembre de 2008) registrados en la base de datos de personas que requieren recibir un trasplante (figura 2), mientras que en el 2000 (diciembre), el número de pacientes registrados apenas llegaba a 1,721. Por otro lado, si se compara el número de trasplantes realizados durante los mismos periodos, se observa que a pesar del esfuerzo realizado la demanda de casos nuevos

sobrepasa con mucho la respuesta cuando se compara en el mismo periodo (2000-2008) (figura 3).

Figura 2



No obstante, el hecho de que haya aumentado el número de donaciones de órganos —aunque sea insuficiente— pareciera tener sentido con los resultados derivados de las encuestas realizadas por diferente empresas e investigadores acerca de la disposición de órganos por parte de la población.

En efecto, durante los últimos cinco años encuestas realizadas en diferentes ciudades de la República, entre las que se encuentran Guadalajara, Mérida, Monterrey, Chihuahua, ciudad de México, coinciden en señalar que la actitud de la población hacia la donación de órganos es muy alta. Entre el 70 y 80% expresan disposición a donar sus órganos para trasplante (figuras 4, 5, 6 y 7). No obstante lo anterior, en los hechos la donación se ve mermada por una serie de factores.

Estos factores han sido estudiados por investigadores y son motivo de muchas acciones y estrategias para contender con ellos. Dichos factores los podemos agrupar de diferentes maneras, pero sin duda tienen una jerarquía de presentación. Afirmamos que todos estos factores están subordinados a

Figura 3

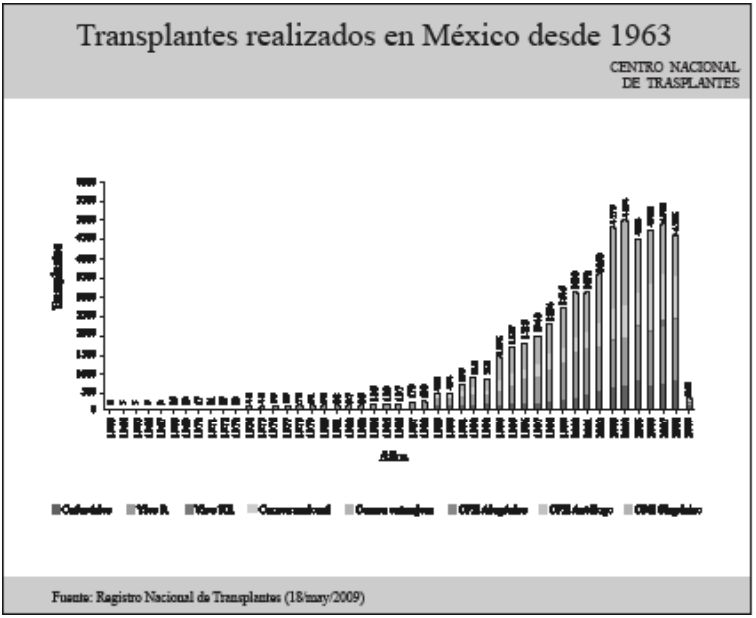


Figura 4

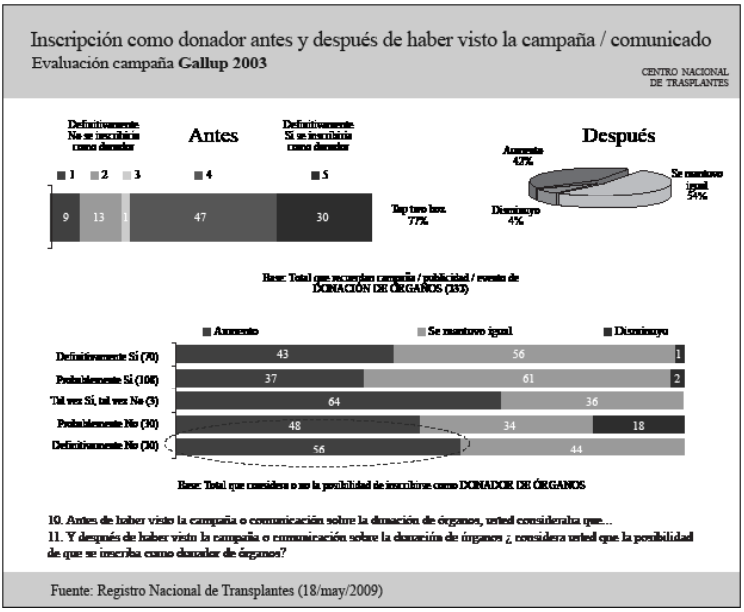


Figura 5

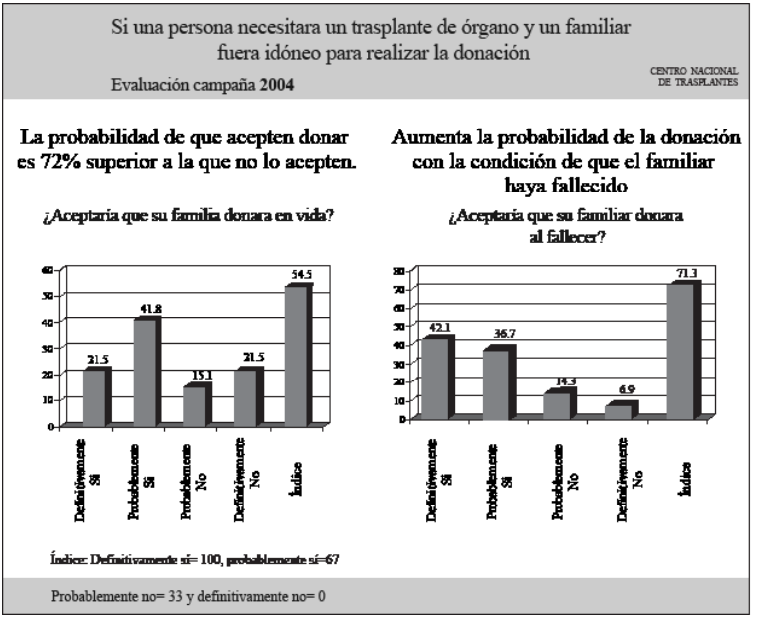


Figura 6

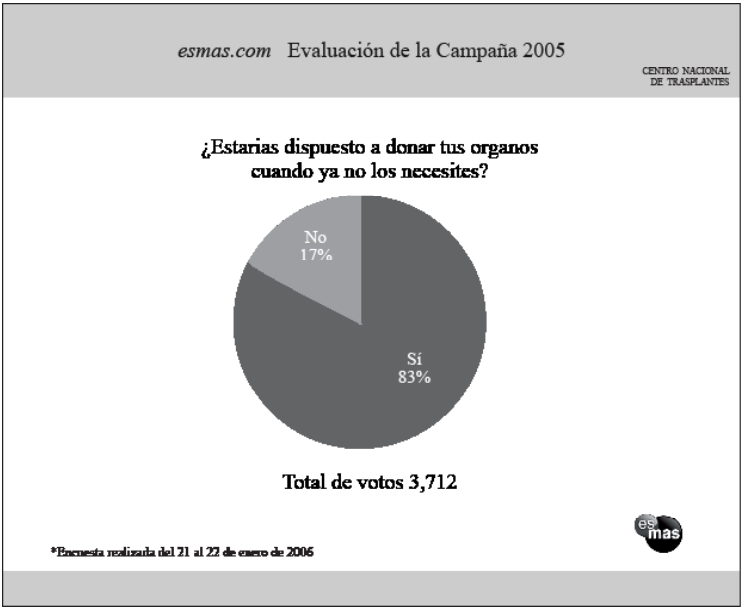
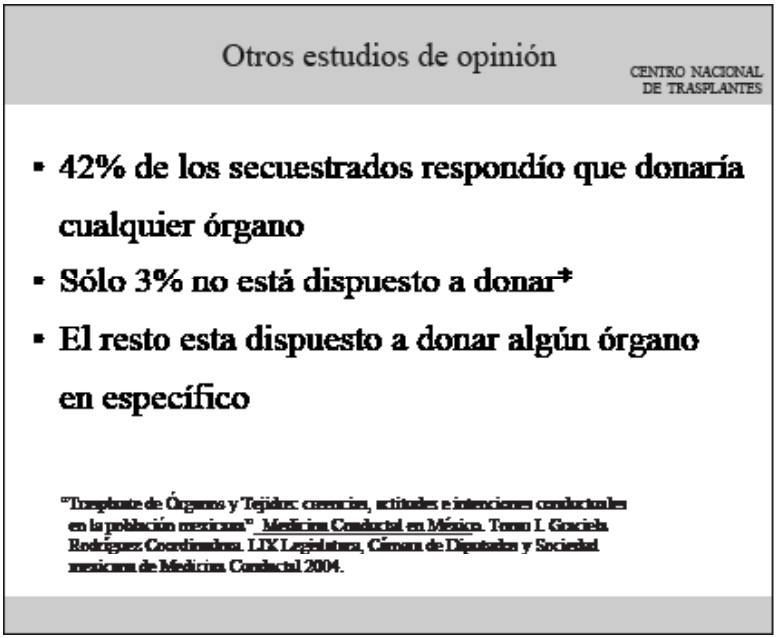


Figura 7



que en el hospital donde una persona pierde la vida y se pudiera pensar en ella como donador de órganos se requiere antes que nada que el hospital cuente con el personal médico y paramédico con el entrenamiento necesario para conducir un proceso de donación. Dicho en otras palabras, si no existe el recurso humano capacitado y organizado en un servicio destinado, que sea capaz de evaluar clínicamente a una persona que ha perdido la vida como un posible donador de órganos, todos los demás factores que actúan para que la donación se dé o no, son irrelevantes. Sin duda la aceptación de la familia, la voluntad del fallecido, la participación del Ministerio Público en los casos en que sea necesario, la percepción sobre la calidad de la atención médica, la desconfianza hacia el buen uso de los órganos donados, la presencia de infecciones o neoplasias que contraindiquen la toma de los órganos, las creencias religiosas o morales, son todos ellos factores que influyen en la donación sin duda, alguna. Pero todos dependen de que se plantee por parte de personal capacitado la alternativa de la donación. Así que podemos afirmar que esos factores son dependientes del hecho de que exista o no

quien pueda conducir de una manera profesional de conducir el proceso de la donación (figura 8).

La donación es un proceso médico complejo. Requiere personal capacitado y dedicado, con presencia intrahospitalaria, al igual que otros servicios o departamentos de cualquier unidad médica. Debe estar claro que este proceso es diferente e incluso ocupa un lugar previo al de la extracción quirúrgica de los órganos, y por supuesto del trasplante (figura 9). En efecto, aunque en México existen aproximadamente 350 programas de trasplante de órganos y tejidos de distintos tipos, agrupados en diferentes instituciones de salud (Secretaría de Salud federal, estatal, IMSS, ISSSTE, PEMEX, DIF, fuerzas armadas, etcétera) no se cuenta con una red de hospitales procuradores o proveedores de órganos y tejidos suficientemente desarrollada. Los hospitales involucrados en esta red deberían contar con servicios médicos para la procuración de órganos y tejidos y el personal capacitado (figura 10).

Aunque en México se realizan trasplantes desde 1963 hasta la fecha, la red de hospitales proveedores es sumamente débil desde un punto de vista numérico, y no siempre se ha reconocido la importancia de este aspecto en los programas de trasplante. Este largo periodo de tiempo nos demuestra

Figura 8

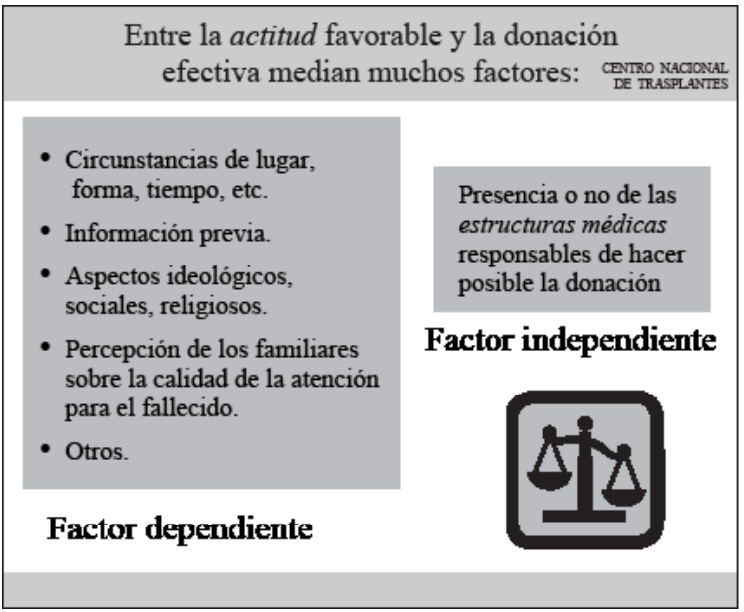


Figura 9

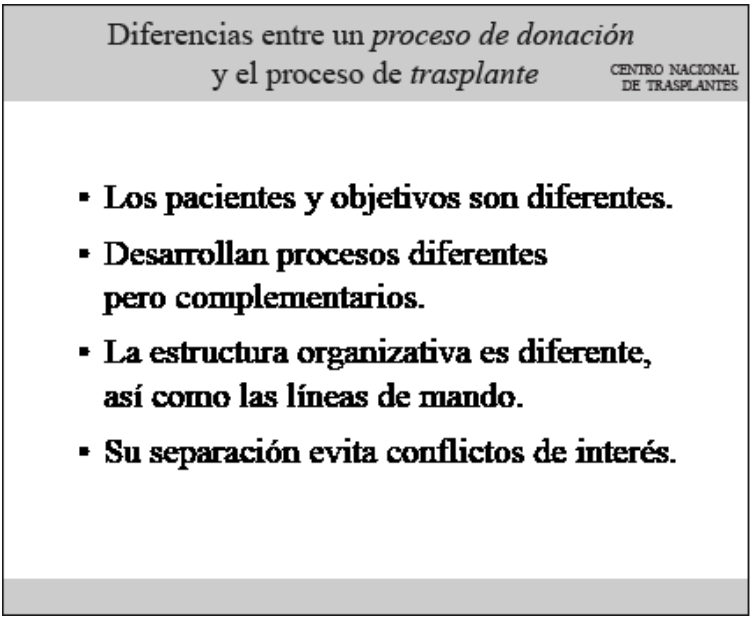
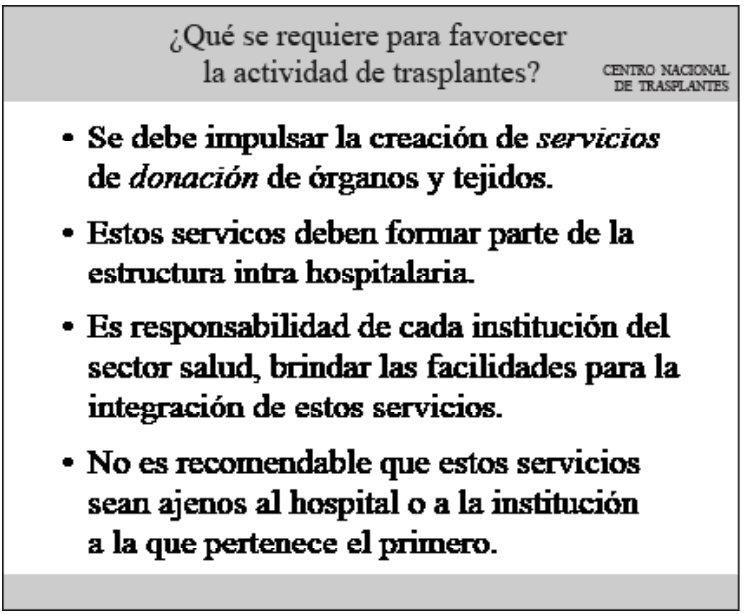


Figura 10



que los hospitales especializados en el campo de trasplantes no pueden ser autosuficientes en la obtención del insumo indispensable: órganos o tejidos donados, aun cuando cuenten con excelentes recursos tecnológicos y humanos. De hecho, tenemos muchos ejemplos de hospitales que cuentan con médicos altamente calificados en algún tipo de trasplante y que disponen de los recursos técnicos y de equipamiento médico de gran sofisticación con una baja productividad en el número de trasplantes, por carecer de la interdependencia con otros hospitales que le pudieran proveer de órganos y tejidos. Así que de no contar con un grupo de hospitales bien identificado que canalice órganos y tejidos donados, se condena a otros programas a una pobre casuística y reducida capacidad de respuesta ante la creciente demanda.

Con frecuencia se culpa a la población al afirmar que no existe una cultura para la donación, y que por eso no se realizan más trasplantes, cuando en realidad es que no se cuenta con la infraestructura profesional capacitada en los procesos de la donación. Esta debilidad estructural en el sector salud nos conduce al primer elemento de reflexión ética, y que está relacionado con la *eficiencia* y la *equidad* del sistema de salud en nuestro país (figuras 11 y 12).

Figura 11

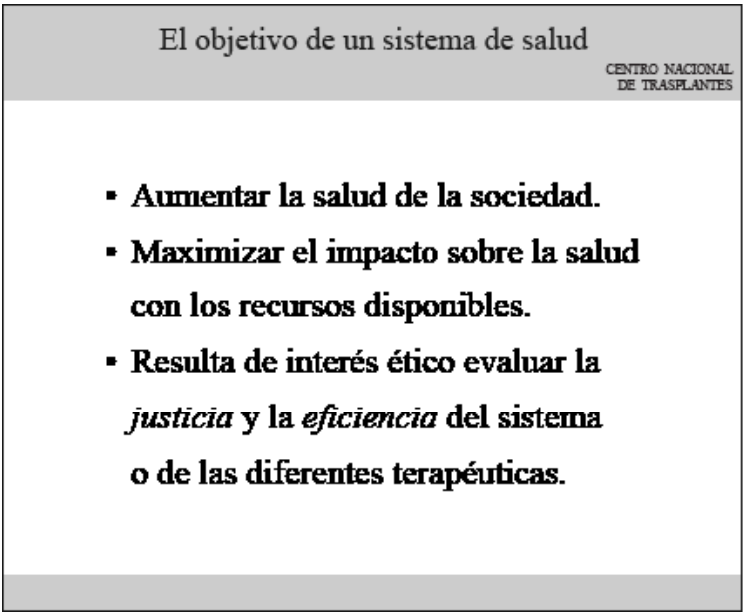
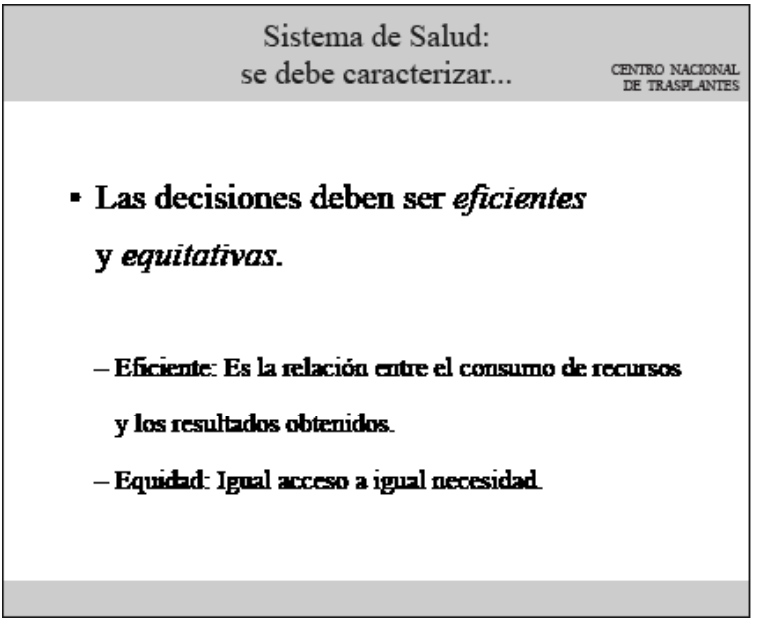


Figura 12



Si consideramos que un sistema de salud es *equitativo* en la medida en que ofrezca la misma probabilidad de recibir el tratamiento a todos los ciudadanos que lo necesiten, y que esa probabilidad sea independiente de factores económicos, geográficos y étnicos, nos encontramos que tenemos una grave deficiencia en esta materia en nuestro sistema de salud, derivado de la ausencia de la infraestructura que haga posible el suministro de órganos (figuras 13 y 14).

Esta situación afecta tanto a los pacientes que se encuentran en espera de recibir un trasplante de órgano o tejido como a aquellas personas que atendiendo al deseo de su familiar intentan hacer realidad la donación de los órganos del ser querido. Para cualquiera resulta evidente que los afectados son en primer lugar los enfermos y sus familias, que esperan una respuesta del sistema. Pero no son los únicos, la impotencia y agravio que constituyen el hecho de que una familia o el deudo de una persona que fallece y que pretende atender los llamados de solidaridad, altruismo y conciencia social para donar órganos, se enfrentan con la indiferencia y en ocasiones con una ríspida relación al buscar una respuesta del personal del hospital, y de esta manera se suman a los afectados (figura 15).

Figura 13

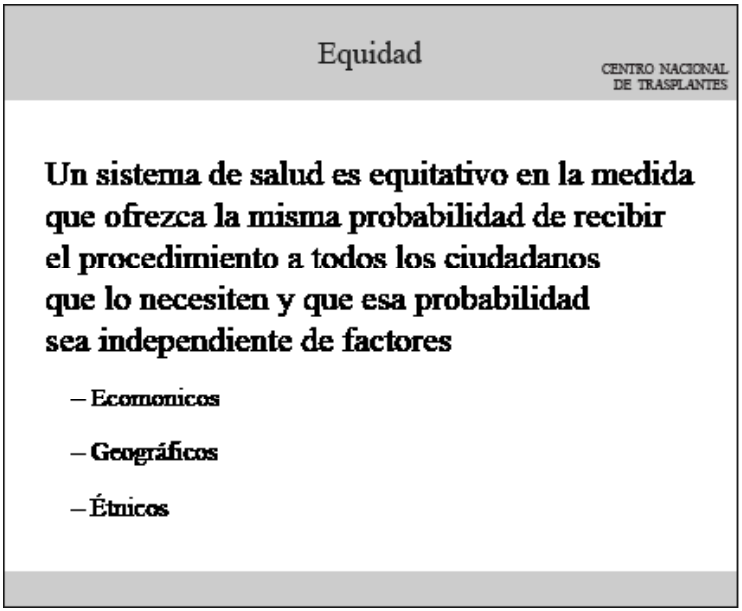


Figura 14

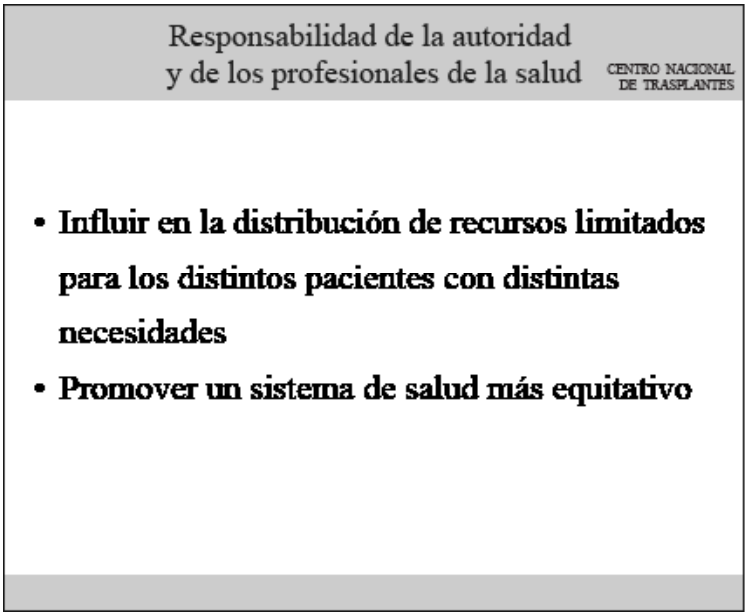
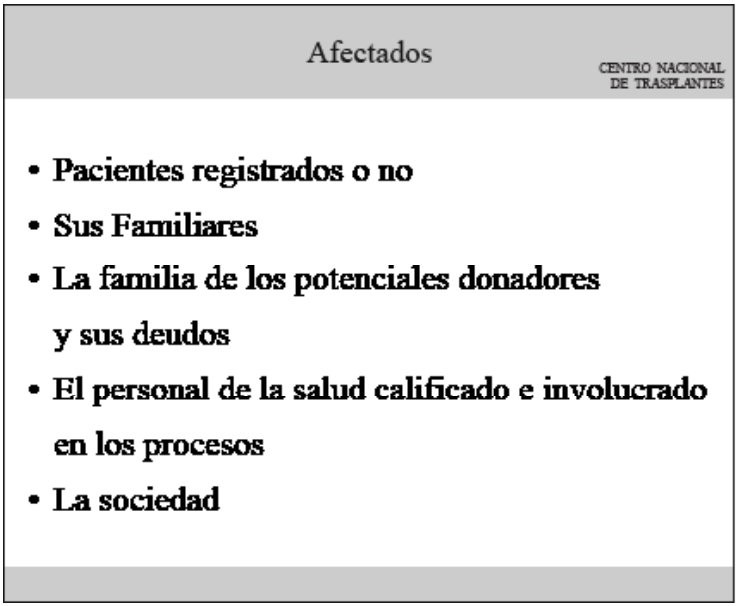


Figura 15



La situación se torna más conflictiva cuando consideramos los constantes llamados que se hacen a la población a través de campañas para que se pronuncie a favor de la donación de órganos en un sistema de salud que no puede responder eficientemente cuando se requiere.

Otros afectados son los médicos, enfermeras, y en general el personal hospitalario, que enfrentan los reclamos ante una expectativa que no se cumple, las decepciones de los enfermos y la población. No menos importante es la frustración profesional de quien se capacita en las técnicas y procedimientos quirúrgicos para resolver este tipo de insuficiencias orgánicas y que se frustra en la ausencia de mecanismos que le provea de los órganos y tejidos necesarios. Las instituciones médicas que promueven la capacitación de este personal se ven defraudadas al invertir en la formación de cirujanos, médicos, enfermeras, etcétera, que finalmente no van a poder poner en juego los conocimientos y destrezas adquiridos con gran esfuerzo personal e institucional.

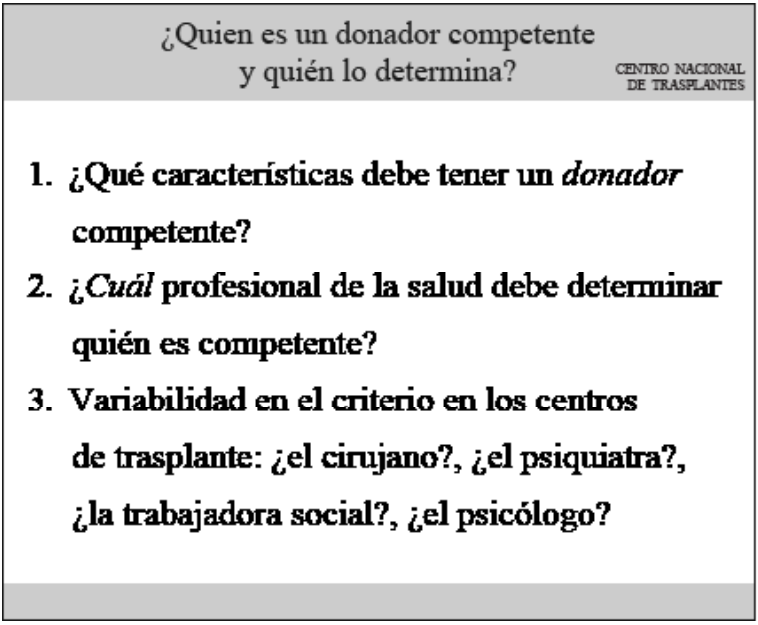
II. En la microética

Por otro lado, en el campo de la ética clínica podemos señalar los siguientes debates motivo de preocupación internacional. El primero se refiere a la evaluación del donador vivo y los riesgos físicos y emocionales a los que se expone. Hoy en día la donación entre vivos no emparentados está contemplada por la ley, y esto plantea nuevas cavilaciones éticas. De hecho, el mayor número de trasplantes renales en nuestro país se llevan a cabo con donaciones procedentes de vivo en una relación de 3:1. Mientras que en el caso de un padre o esposo(a) puede resultar emocionalmente necesario donar un órgano a un hijo o esposa, en el caso de los amigos y conocidos esta necesidad puede no ser tan intensa. La evaluación del donador implica evaluar los efectos a corto y largo plazo en ausencia de un riñón donado. Personas con hipertensión arterial, o enfermedad vascular son potencialmente descartables como donadores. Aquellos con cálculos o infecciones uretrales pueden considerarse contraindicaciones relativas. Otras condiciones, como la nefritis hereditaria ligada al cromosoma X, padecimiento que afecta a los integrantes varones de una familia, mientras que en el caso de la mujer que es portadora del padecimiento sólo se expresa con hematuria microscópica. En la eventualidad de que en una familia afectada de este padecimiento la mujer hermana del paciente deseara donarle un riñón a un hermano, se tiene que considerar que si bien pudiera tener una vida sin complicaciones con sus dos riñones, en el caso de ceder uno, crece la posibilidad de que ante situaciones de estrés, como el embarazo o algún accidente, pudiera colocarla en una condición desfavorable por poseer ya sólo un riñón.[1]

En ejercicio de la autonomía, el paciente informado puede tomar la decisión de ser donador. En el mejor escenario se asegura que un paciente es competente para tomar la decisión de donar una vez que ha recibido la información necesaria. Pero la pregunta insistente en los círculos profesionales a nivel internacional es ¿quién determina cuándo un potencial donador vivo es competente? ¿Cuál profesional de la salud toma la decisión sobre la competencia de un posible donador: el psiquiatra, el cirujano, la trabajadora social? ¿Qué características debe tener un donador competente? No existe una definición unánime en estos procesos (figura 16).

[1] Ingelfinger, Julie R., "Risks and Benefits to the Living Donor", *The New England Journal of Medicine*, 353;5, august 4, 2005.

Figura 16



Por otro lado, hay una creciente conciencia de que el personal médico que evalúa al receptor sea diferente al personal que evalúa al donador. Se debe evitar un conflicto de intereses en el que incurriría el grupo responsable del trasplante. Si bien se reconoce que no existe la obligación moral de donar, la presión que sufren los cercanos a una persona que requiere de la donación de un órgano (riñón, porción de hígado o lóbulo pulmonar) es enorme. Afirmamos que los posibles donadores deben ser evaluados mediante personal médico independiente al programa de trasplante.

III. Necesidades del donador

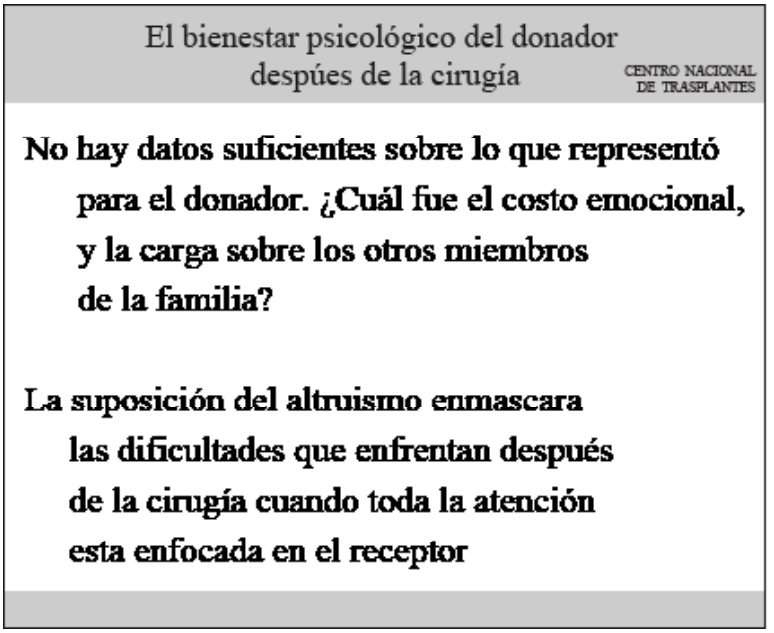
Un necesidad detectada entre aquellos que han donado es la de explicitar su experiencia, ventilar sus razones y motivaciones. Las instituciones de salud carecen de un proceso que permita "aerear" o "sanar" esta tensión, que se acumula desde que se detecta la enfermedad en el paciente, se continúa durante la búsqueda de posibles donadores y con la puesta en

marcha del protocolo de evaluación, así como durante la selección final y las dudas y tensiones propias de quien decide ser donador. ¿Cuál fue el costo emocional del donador, y la carga sobre los otros miembros de la familia? La suposición del altruismo (sin acompañarse de sentimientos u otro tipo de emotividad) enmascara las dificultades que enfrentan los donadores, sobre todo después de la cirugía cuando toda la atención está enfocada en el receptor (figura 17).

En el mejor de los escenarios, se revisa al donador sólo desde un punto de vista quirúrgico, y que su evolución inmediata transcurra sin complicaciones, para proceder a darlo de alta.

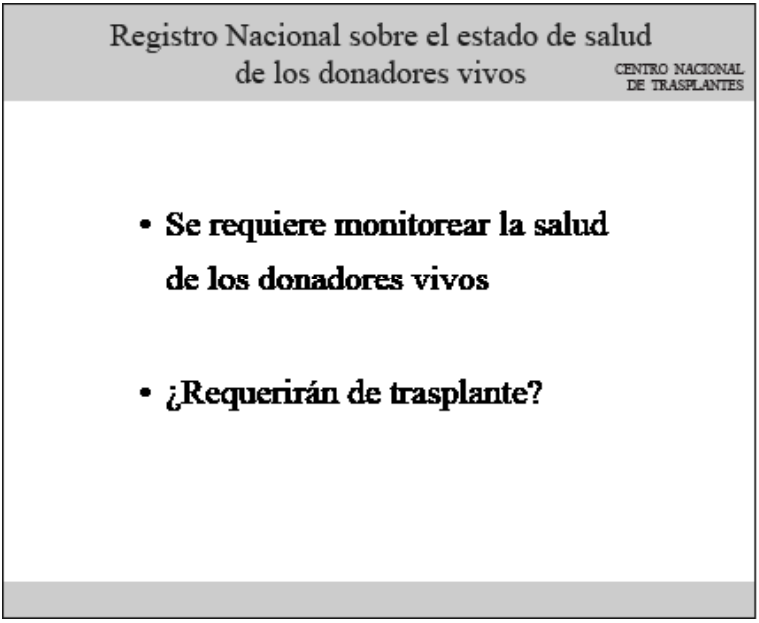
Paralelo a esta preocupación, se requiere establecer un registro de los pacientes que han sido donadores con objeto de conocer su evolución médica a largo plazo. ¿Estos pacientes requerirán a su vez recibir un trasplante de algún órgano? ¿Qué compromiso social se tiene ante este grupo de donadores vivos[2] (figura 18).

Figura 17



[2] McQuarrie, Brenda, "Separate, dedicated care teams for living organ donors", *Progress in Transplantation*, vol. 13, núm. 2, June 2003.

Figura 18



En nuestro país se han registrado muy pocos casos de ofrecimiento de donación de órganos o segmentos de órganos en forma espontánea y que no estén dirigidos específicamente hacia una persona. Sin embargo, en otros países esto se ha convertido en motivo de un reto ético importante, y no existen razones para pensar que tarde o temprano tendremos esta situación en nuestro país. Esta situación consiste en que una persona ofrece ser donadora de un riñón para quien lo necesite, sin remuneración de ningún tipo. En ocasiones sólo condiciona que se trate de menores de edad o pacientes de un cierto tipo de hospital (público o de otro tipo). Las razones que le mueven a este tipo de donadores son explicadas como altruismo. Es difícil pensar, sin embargo, que no existan otro tipo de motivaciones: por ejemplo, como una vía para pagar una "culpa", baja autoestima, necesidad de reconocimiento y/o notoriedad en los medios, etcétera. ¿Deben los programas de trasplante tomar los órganos de este tipo de donadores, cuando se detectan resortes motivacionales que están entre los conflictos psicológicos del presunto donador? ¿Son competentes este tipo de donadores?

En los Estados Unidos se ha presentado una variante cuando el donador "espontáneo" intenta establecer por sí mismo criterios de selección para asignar su órgano, que pudieran ser discriminatorios hacia otros miembros de la población.

Otra situación de alarma la constituyen las páginas en la red, que ofrecen la búsqueda de posibles donadores. Este tipo de "servicios" ofrecen poner en contacto a aquel que requiere recibir un órgano con aquel que está dispuesto a donarlo. Los administradores de este tipo de páginas o servicios requieren sólo un pago anual por inscribir los datos de los usuarios. Mientras que en nuestro país está permitida la donación entre vivos no relacionados de forma consanguínea o civil, también está establecido que esta donación no puede ser motivada por un ánimo de lucro. Es cierto que estos servicios en la red de Internet hasta hoy en día funcionan en otros países, pero no podemos afirmar categóricamente que no haya conacionales ingresando a este tipo de páginas para ofrecer órganos o ser inscritos como posibles receptores. Los riesgos inherentes a este tipo de transacción son altísimos y no están limitados a los aspectos legales, sino que incluyen los riesgos sanitarios e incluso de criminalidad.

IV. Donaciones cruzadas

En la búsqueda de respuesta ante la creciente demanda de donadores, algunos grupos quirúrgicos han implementado estrategias ingeniosas para satisfacer casos específicos. Esta estrategia, que se conoce como de donaciones cruzadas entre parejas de dos enfermos con dos posibles donadores, se basa en lo siguiente: cada uno de estos dos pacientes requiere recibir un trasplante de riñón. Ambos cuentan con un donador, con el inconveniente de que no reúnen criterios de compatibilidad aceptable. Bajo estas condiciones y de común acuerdo se plantea un intercambio de donadores en caso de que exista la compatibilidad necesaria, la compatibilidad cruzada. Esta estrategia ha permitido resolver algunos casos que de otra manera no podrían haber encontrado respuesta. Sin embargo, no deja de presentar dilemas, que deben ser manejados con gran cuidado hacia las dos parejas. Existe siempre la posibilidad de que haya un fracaso en uno de los casos. Uno de los órganos puede ser de una persona más joven, en mejores condiciones de funcionalidad. Alguno de los donadores puede evolucionar de manera no satisfactoria y desarrollar complicaciones menores o no. Al

final, puede haber la sensación de que alguien salió ganando, y esto debe ser advertido con todo cuidado por el grupo quirúrgico, y sobre todo por el grupo que evalúa a los donadores.

V. Aspectos legislativos que motivan preocupación

Existe la tentación de resolver la falta de donadores con base en una legislación más impositiva, más a favor de los receptores *vs.* la población general. Diferentes voces llaman a legislar para que la donación sea claramente presunta. En México, la legislación establece que los ciudadanos mexicanos somos donadores tácitos, lo cual haría suponer que nuestra legislación es del tipo presunto; sin embargo, en la misma Ley General de Salud se establece que se requiere obtener el consentimiento familiar para proceder a la donación de órganos. El consentimiento presunto asume que si la persona que falleció nunca expresó que estaba opuesta a donar, entonces se presume que estaba dispuesta a serlo, y esto permitiría legalmente proceder a la toma de los órganos de aquellos que reunieran las condiciones clínicas y técnicas para la extracción quirúrgica de los órganos y tejidos, incluso sin el consentimiento de la familia. Se señala insistentemente a España, donde la legislación es de este tipo. No obstante, es necesario advertir que las cosas en España se desenvuelven de una manera muy diferente a lo establecido por la ley. Nadie más insistente en obtener el consentimiento de la familia para proceder a la toma de órganos que los coordinadores de donación pertenecientes a la Organización Nacional de Trasplantes española. En la práctica prevalece el sentido común y el deseo de hacer de la donación una experiencia gratificante y respetuosa que se fortalezca por la creciente confianza y convencimiento de la población. En realidad el éxito de España consiste en haber desarrollado una infraestructura con servicios médicos para la obtención de órganos en un sinnúmero de hospitales.

VI. La actitud de los profesionales de la salud ante la muerte cerebral

Es contradictorio el comportamiento del personal de salud en general con respecto a la donación cuando se compara con los casos en los que la familia no accede a la donación. Aunque la Ley General de Salud estable-

ce en el artículo 345, que a solicitud o con autorización de los familiares del difunto —en orden de prelación establecido— se podrá prescindir de los medios artificiales que evitan que en aquel que se presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte, o sea, el paro cardiaco irreversible (además de los que ya están presentes en un sujeto con muerte encefálica, o sea: la ausencia de reflejos del tallo cerebral, la ausencia permanente de respiración espontánea y la ausencia competa y permanente de conciencia). Es extraordinario el caso en que se promueve por parte del personal de la salud con la misma insistencia con que se solicitan los órganos para donación. Hay una incongruencia con la pérdida de la vida de un paciente cuando se perfilan dos caminos: donación de órganos para trasplante o desconexión de los medios artificiales. Se manifiesta claramente un doble valor. Esto perjudica no sólo a la familia del difunto, ya que abre un periodo de espera difícil de determinar en tiempo, conlleva gastos innecesarios, obstaculiza el uso de recursos necesarios para otros enfermos, pero sobre todo —cuando se analiza desde el programa de donación para trasplante— se hace manifiesta una incongruencia, y pareciera que se adoptara una actitud utilitarista hacia el que pierde la vida y su familia consiente a la donación, en oposición a los casos en los que la familia no consiente la donación, pero a la que no se le ofrece ninguna salida como no sea la espera. Es deseable que se cierre este doble discurso para bien de todos los involucrados. Éticamente nos colocará en un plano de congruencia con el diagnóstico de muerte cerebral y hará evidente ante la población de por qué cuando se solicita la donación existe el convencimiento médico-clínico y legal de que el paciente ha muerto, y no que el único fin que nos mueve es tomar los órganos pasando por los intereses del sujeto y su familia (Ley General de Salud, título XIV).