

HUMANIDADES MEDICAS

Fundamentación Bioética de los Trasplantes

LEONIDES SANTOS Y VARGAS, PhD*

La posibilidad de trasplantar órganos y tejidos de unas personas (o de animales) para salvar otras vidas humanas, es una hazaña reciente de la alta tecnología médica. Este hecho que *prima facie* parecería un evento venturoso en la lucha prometéica de la ciencia médica por salvar vidas y por añadir años a la vida de las personas, es un hecho no exento de algunas dificultades y perplejidades éticas. Debido a esas dificultades, la tecnología de trasplantes es, probablemente, el adelanto médico que mayor impulso le haya dado a la reflexión bioética en algunas de las sociedades económicamente más desarrolladas de Occidente, pues coloca al saber y poder humanos en las fronteras que lindan entre la vida y la muerte. Tales adelantos colocan a la ciencia médica en la posibilidad de modificar las "situaciones límites"--aquellas que describió el filósofo y médico alemán Karl Jaspers. La tecnología del trasplante se puede definir *grosso modo* como el acto mediante el cual, utilizando los conocimientos de la anatomía, la fisiología, la cirugía, la farmacología y las nuevas tecnologías de soporte vital, se logra integrar a un cuerpo vivo ciertos órganos y tejidos cuyo origen biogénético está en la anatomía y fisiología de otro cuerpo. Hasta el momento se pueden trasplantar con relativo éxito órganos tales como el riñón, el hígado, el páncreas, el corazón, pulmones, e igualmente se pueden trasplantar tejidos como los de la médula ósea, córneas, huesos, piel y segmentos de arterias. Este hecho nos sugiere una primera reflexión. El significado humano de este poder médico calibra y dramatiza la medida en que los seres humanos se necesitan unos a otros. Los valores de la solidaridad y la reciprocidad que forman parte del discurso ético contemporáneo encuentra en los trasplantes un escenario particularmente elocuente para operativizar su significado. Se instaura con ello una nueva conciencia de que mis tejidos y mis órganos pudieran muy bien ser los de otro y que partes de mi cuerpo, necesarios para mi vida, aún después de mi muerte, pueden ser la oportunidad para que otro ser humano pueda sobrevivir. El aspecto

somático de nuestra vida se percibe como susceptible de reciprocidad y la conciencia de este dato, bien asimilada, produce un íntimo sentimiento de valía personal e imprime una cierta grandeza moral a la condición humana.

Por otro lado, los trasplantes como poder de extender y mejorar la vida, ejemplarizan la conquista parcial en la lucha milenaria de la humanidad contra la muerte. Desde ese punto de vista la medicina no es sólo la lucha contra la enfermedad o la aplicación de los conocimientos para mantener la salud. El arte médico es fundamentalmente la expresión del sueño religioso y mítico de la humanidad por derrotar a la muerte, pues es un hecho que los humanos no aceptamos la muerte como un bien. Este apetito de inmortalidad (o el terror a *la nada* que significa la muerte) es el *leit motif* que se oculta tras los rituales de la adoración a los dioses. La angustia que nos asalta al percibirnos como seres capaces de apreciar el espectáculo maravilloso de estar vivos, y conscientes de la experiencia del vivir, pero que sabemos que vamos a morir en algún momento, esa angustia, encuentra un paliativo parcial en la capacidad científica de prolongar la vida por medio de trasplantes. Es evidente que los trasplantes no resuelven el problema de la muerte pero permiten empujar las fronteras de la expectativa de vida hacia un futuro más extenso que lo anticipado en las estadísticas vitales.

La experiencia de la angustia existencial que los filósofos Martín Heidegger y Jean Paul Sartre describieran con dramática elocuencia, fue el tema que caracterizó gran parte de la literatura y reflexión de una buena porción de la vida intelectual del siglo XX. Y es que la preocupación por la muerte está presente en los fundamentos de nuestro talante cultural. Desde sus orígenes mismos, el Cristianismo, al igual que muchas de las manifestaciones religiosas de otras culturas, han centrado su atención vital en el carácter ineluctable de la muerte (el Cristianismo, por ejemplo, promueve la esperanza de una vida eterna basada en la resurrección de los muertos -- siempre que haya mediado un acto de arrepentimiento, de gracia o conversión religiosa). Aún un pensador de orientación no teísta, orientado más por la lógica y el conocimiento empírico, como es el caso de Bertrand Russell, a sus noventa y pico de años, mientras contemplaba desde su silla de ruedas un paisaje marino, y como si presagiara su

*Director, Instituto de Estudios Humanísticos y Bioética Eugenio María de Hostos Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, PO Box 365067 San Juan, PR 00936-5067.

final cercano, exclamó ante su acompañante "I hate to leave this world" -- y no porque pensara que se trasladaba para otro mundo pues él no creía en la existencia de un ultramundo. Para un genio del pensamiento como Russell, resultaba trágico el hecho de tener que aceptar que con su muerte desaparecía el mundo maravilloso respecto al cual meditó y en el cual luchó por las causas sociales con las que su vida adquirió un sentido ético. Ese mismo sentimiento de pesar por tener que abandonar la existencia lo puede afirmar con igual razón cualquier campesino extasiado al contemplar el espectáculo de un amanecer o un atardecer en la sierra.

Baste lo dicho hasta aquí para sugerir que tratar el asunto de los trasplantes, como uno de los adelantos más extraordinarios de la alta tecnología médica, invita a una reflexión en torno al significado cultural y personal de la vida y la muerte.

Dimensión bioética

Como dijimos al comienzo de este ensayo, la práctica de los trasplantes no está exenta de ciertas dificultades y perplejidades éticas. Esa maravillosa opción médica con frecuencia choca con interpretaciones culturalmente contextualizadas muy caras al sentir humanos. Justamente el hecho de tener que intervenir con el cuerpo de otro o con mi cuerpo para hacer posible un tranplante, engendra ciertas preocupaciones. En el imaginario religioso el cuerpo humano vivo -- y aún el cuerpo considerado como cadáver -- está penetrado de valoraciones religiosas. San Pablo, por ejemplo, afirmaba que el cuerpo es el templo del Espíritu Santo. Que a muchos cristianos devotos les anime la esperanza de la resurrección de los muertos, les lleva a pensar que al momento de morir el cadáver debe ser conservado -- o por lo menos enterrado -- íntegro. Esta interpretación de la preservación de la integridad del cuerpo induce a muchas personas a creer que no es correcto expropiarles de sus órganos -- ya sea que la persona esté viva o muerta. Es un dato histórico que en un primer momento la Iglesia Católica tenía ciertos reparos a los casos de donaciones de órganos de personas vivas (como puede ocurrir en el caso de donación de riñones) debido a la mutilación o desmembramiento que esto parecería significar. Esa interpretación ha sido revisada en vista de la coincidencia ética con los sentimientos de caridad cristiana y el valor del altruismo que forman parte de los valores cristianos y de la Iglesia. De igual modo, la disminución demostrada de los riesgos para el donante vivo y la confianza en los adelantos de la tecnología han contribuido a la modificación de las percepciones en torno al asunto.

Desde que se realizó exitosamente el primer trasplante

renal en el 1954 en Boston, y a medida que la sociedad ha evolucionado hacia una actitud de mayor aceptación de la discapacidad y legitimidad moral de esta intervención médica, la reflexión bioética ha identificado unas medidas cautelares basadas en una especial concepción de la dignidad humana y del respeto debido a la vida. Esas precauciones éticas -- apoyadas por legislación en muchos casos -- tienen que ver tanto con el donante como con el que recibe la donación. La misma precaución está implícita en las políticas públicas que adoptan las sociedades y en toda una serie de conceptos filosóficos y religiosos que le han servido de pauta reguladora al hombre y a la mujer a lo largo de la historia. Las implicaciones éticas de la práctica de los trasplantes dió un impulso nuevo al desarrollo de la bioética, la cual adquirió relevancia social e institucional cuando se inventó y generalizó el uso de máquinas de diálisis para los pacientes renales. Los comités de ética hospitalaria y derechos del paciente, comités que se han organizado en muchas instituciones sanitarias, tienen su origen precisamente en las interrogantes creadas por la capacidad tecnológica que añadió el procedimiento de la diálisis renal y posteriormente la tecnología de los trasplantes renales. A medida que se extendía el conocimiento y la capacidad de las instituciones sanitarias para dializar pacientes y para realizar trasplantes, los médicos y administradores comenzaron a enfrentarse a dificultades de tipo más conceptual y filosófico. Toda vez que en ambos casos la demanda por diálisis o trasplantes sobrepujaba la oferta de maquinaria disponible y la oferta de donantes y de órganos, el problema se presentaba al tener que decidir a quién se le administrarían servicios de diálisis, a quién se le haría o no un trasplante renal. ¿Debe tener prioridad un niño sobre un anciano? ¿Debe priorizarse a base de la aportación que hacen a la sociedad los candidatos? Si resulta que uno de los pacientes es un padre de familia de cuya vida dependen varios hijos menores, ¿debe tener prioridad sobre otro candidato que vive sólo y que no tiene dependientes? ¿Se justifica que se le practique un trasplante a una persona que ha abusado de su organismo exhibiendo estilos de vida perjudiciales a la salud como lo son el hábito compulsivo de fumar tabaco, ingerir alcohol sin moderación o consumir drogas que deterioran el organismo? Al momento de distribuir la provisión escasa o insuficiente de órganos para trasplantes, ¿a quién debe preferir la sociedad? ¿A un ciudadano responsable en lugar de un delincuente peligroso y consuetudinario? La ética médica clásica no tenía respuestas para estas interrogantes, y por otro lado, los profesionales y las instituciones sanitarias carecían del beneficio de un consenso social ético al respecto. En ausencia de una guía ética que represente el consenso autorizado, resultaba comprensible

que un cirujano se sintiera inclinado a operar para salvar la vida de un familiar suyo, o de colegas conocidos. Pero este criterio subjetivo hería las susceptibilidades de los miembros de la comunidad que típicamente critican cualquier decisión que parezca arbitraria -- sobre todo cuando las aportaciones de las contribuciones del público sufragaban los gastos de estas escasas y costosas tecnologías. Ese hecho de escasez de recursos y la ausencia de criterios que justificaran las decisiones, amén de las críticas que la prensa y la comunidad comenzaban a articular, obliga a la comunidad clínica a buscar una manera de dilucidar el problema. En el caso de los Estados Unidos se entendió que era una responsabilidad muy onerosa para el médico el tener que justificar éticamente, de modo aislado, su intervención en todos los casos. Por esa razón se optó por crear grupos de legos y profesionales que, a nombre de la sociedad, conjuntamente establecieran criterios y produjeran un consenso ético adecuado para enfrentarse a las situaciones nuevas, ambiguas e inciertas. En otras palabras "se socializa" el ejercicio de la reflexión ética, en la forma de comités, de suerte que se disminuyera el margen de arbitrariedad e incertidumbre que confrontaban tanto la ciudadanía como los profesionales. La ética hipocrática, heredada desde hace unos 24 siglos, tenía relevancia evidentes sólo a niveles de microética, es decir, sugería los valores que debían regir la relación médico-paciente. Pero cuando las consecuencias de las decisiones individuales del médico comprometían o entraban en conflicto con el consenso ético de la sociedad, conflicto manifiesto al momento de asignar los recursos limitados para satisfacer la demanda creciente de servicios y de acceso igual a los beneficios de los adelantos médicos, la bioética adquiere una relevancia social y política -- por no decir económica.

Los desarrollos extraordinarios de la tecnología de los trasplantes, así como la conciencia de las implicaciones éticas de la investigación científica; la selección de participantes que pudieran beneficiarse de investigaciones y pruebas clínicas de nuevos medicamentos, así como la manera en que se prestan los servicios sanitarios, gradualmente han acumulado temas y problemas que han cuajado en esta una nueva disciplina conocida como bioética. La bioética, se ha hecho cargo de meditar y discurrir en torno a la dimensión ética de la atención de la salud y atención de la vida en general. Esta disciplina ha configurado su quehacer mediante la aplicación de la perspectiva humanista a la comprensión de las acciones y conductas humanas en sociedad, sobre todo, en relación a las acciones que tienen que ver con los sistemas de servicios sanitarios, con la investigación, con las políticas públicas relativas al ambiente y a la ecología. La disciplina de la bioética comenzó como una reflexión mayormente

antropocéntrica, es decir, centrada en el ser humano y sus valores en sociedad, pero gradualmente esta nueva disciplina ha expandido su ámbito de consideración filosófica y hoy se puede afirmar que la bioética es mucho más biocéntrica. Su temática tiene que ver propiamente con la manifestación de la vida en los humanos, en las distintas especies animales y vegetales. A medida que se profundiza en el discurso ético se hace patente que los valores morales y estéticos matizan la percepción de la biodiversidad en el universo.

No es este el lugar para sostener una discusión detallada de la bioética y de su aplicabilidad a una diversidad de campos de la actividad científica, profesional y política. En lo que sigue, trataremos de insinuar, y en algunos casos, precisar, el carácter primariamente ético de la tecnología de los trasplantes. Específicamente, el abordaje bioético de la cuestión apunta hacia el objetivo de clarificar las bases de legitimación que implica, o requiere, este tipo de adelanto médico. La reflexión bioética, en cierto modo, ayuda a lograr un consenso válido para la comunidad moral de la que formamos parte. Este consenso es importante, sobre todo, para los ciudadanos que viven en una sociedad pluralista y abierta. Las sociedades pluralistas carecen de un consenso moral, pues en general, conviven en su seno una multiplicidad de códigos éticos. Esto significa que la relación entre pacientes y profesionales de la salud pudiera ser una relación de extraños morales entre sí. Para superar los conflictos potenciales en la relación que se da entre extraños morales, se necesita encontrar un terreno conceptual valorativo común (o quizás construirlo) de suerte que las decisiones se tomen con el mínimo de fricción y el máximo de satisfacción posibles. En ese sentido la bioética es una de las versiones de lo que llamaremos la "moral social".

En vistas de las implicaciones sociales que tiene la tecnología de trasplantes, y a la luz de la sensibilidad moral de la comunidad, se ha llegado a la conclusión de que para que la donación de órganos satisfaga las exigencias éticas que están implícitas en las creencias, ideales, temores y recelos de la comunidad, se debe garantizar no sólo la calidad clínica de la intervención sino la confiabilidad del proceso total que conduce a las decisiones. La relación fiduciaria entre la comunidad de pacientes y las comunidad de profesionales se nutre de la presencia de valores percibidos como garantes de una relación armoniosa y digna. Cuando se comparte el consenso ético de la particular comunidad moral de la que se forma parte, la relación humana y profesional se facilita. Esto es así porque participamos de una común cosmovisión y porque las premisas compartidas de esa cosmovisión legitiman nuestras acciones. El consenso moral que aporta una ética de máximos (como es el caso

del Catolicismo, por ejemplo) se facilita por la adhesión que ofrece el creyente a los dogmas no cuestionados de su fe y el respeto a las autoridades y tradiciones eclesíásticas. Lo mismo ocurre en el caso del Islamismo o del Hebraísmo. Pero en sociedades secularistas, de múltiples códigos éticos, las bases para legitimar decisiones relativas al género, al aborto, la eutanasia, el suicidio profesionalmente asistido, el trato a los niños, las minorías, etc., no puede arbitrariamente imponerse uno de los varios códigos máximos que habitan en su seno. La arbitrariedad y la coerción que ello supone impediría la convivencia y la armonía social tan necesarios para la vida comunitaria. Se requiere entonces de un esfuerzo intelectualmente responsable y confiable para legitimar sobre bases mutuamente satisfactorias, no dogmáticas y sujetas a negociación racional, lo que proceda en cada caso. En vista de la diversidad de los fines éticos en su seno, la sociedad abierta necesita adoptar una metodología deliberativa racional que permita que perviva la unidad social en un contexto de diversidad de creencias. Si es que no se va a utilizar la coerción, la violencia o el poder de las mayorías numéricas, la sociedad que se precia de justa y racional necesita elaborar un acuerdo nuevo que tenga un efecto vinculante entre los ciudadanos diversos que la constituyen. En otras palabras, se requiere de una ética de mínimos que identifique los valores que cada código máximo comparte con otros códigos de manera que se produzca un terreno de común entendimiento. La bioética actual es, en buena medida, esa ética de mínimos tan necesaria metodológica y sustantivamente para dirimir las querellas y conflictos que la pluralidad valorativa genera entre los humanos.

A. Principio de beneficencia

La ética médica que se inspira en el juramento de Hipócrates privilegia la beneficencia como la motivación fundamental de toda intervención en la vida y cuerpo de una persona. Es decir, cuando el médico interviene en la vida de un paciente, las decisiones que haya que tomar se tomarán sólo si promueven el mejor interés del paciente. Inclusive, aún en el paradigma paternalista que caracterizó a la profesión médica en las sociedades occidentales, no se estipulaba que era el mejor interés del médico sino el del paciente el indicador de delicadeza ética. Esta delicadeza cobraba relieve moral en vista de la asimetría de poder vigente entre médico y paciente. Desde el punto de vista del principio bioético de la beneficencia, salvar vidas mediante la tecnología del trasplante de órganos y tejidos se justifica éticamente porque parece evidente que salvar su vida está en el mejor interés de la persona del paciente (salvo aquellos casos en que la persona entienda

que está en su mejor interés el permitirle morir con cierta dignidad). En ese contexto parece correcto afirmar que, ya sea que la sociedad y sus leyes adopten como intención colectiva la beneficencia, o ya sea que la motivación individual del médico sea hacer el bien, trasplantar órganos a un ser humano es un bien y promueve el bien común. Sin embargo, en algunas sociedades desarrolladas como la estadounidense, se ha desarrollado una nueva conciencia ética y jurídica que subordina el principio de beneficencia al principio de autonomía personal, lo que en algunas instancias complica la toma de decisiones y altera el cuadro de valores de la ética médica clásica.

B. Principio de autonomía y consentimiento informado

El respeto a la dignidad y a la autonomía personal, que forma parte del nuevo discurso bioético de las sociedades abiertas y democráticas, requiere que no se use la coerción, ni la manipulación o engaño, ni siquiera la autoridad científica del médico, para lograr que una persona done sus órganos. Ese mismo principio de respeto a la autonomía y al derecho de autodeterminación de la persona supone también que, por ejemplo, no se puede obligar a un paciente renal a que acepte un trasplante para salvar su vida. En el contexto de sociedades como la estadounidense, tanto la normativa jurídica como la ética, destacan, en general, la primacía del individuo por sobre cualquier otra consideración colectiva. El principio de autonomía supone que el individuo es racional, es libre en su conciencia, es amo de su destino personal, y cualquier intervención en su vida privada e íntima debe ponderarse desde la perspectiva de sus derechos y dignidad individual. Conviene observar que el principio de autonomía y el reconocimiento de la capacidad para la autodeterminación personal, cobra mayor relieve en sociedades con un grado elevado de escolaridad y de participación ciudadana en los asuntos públicos. Esto se comprende en vista de que la autonomía como mero ejercicio de la voluntad sin información y comprensión de las consecuencias de los actos no es suficiente. La autonomía individual se potencia cuando la persona entiende la información que se le comunica y cuando en función de esa comprensión, decide aceptar cualquiera de los cursos de acción posibles que se le presentan.

Aunque el principio de respeto a la autonomía típicamente se predica respecto a personas adultas, el mismo es válido aún para los menores de edad que reúnan ciertas condiciones. Hay circunstancias en las cuales los tribunales de la generalidad de los países no reconocen competencia mental (por razón de edad) a los menores para que ejerzan plenamente su autonomía. En ese caso,

las leyes basadas en la tradición (apoyadas cada vez más en la investigación científica en torno al desarrollo humano) y tomando en cuenta consideraciones afectivas, reconocen que los padres o algún subrogado legítimo, deben asumir la representación de la autonomía (menguada aún) de los menores. Cabe señalar que el énfasis del consentimiento informado (basado en el principio de autonomía) debe ser en el carácter informado, ilustrado, enterado y educado de la decisión. Lo importante éticamente hablando no es el consentimiento *per se* sino la capacidad intelectual ilustrada para ejercer la autodeterminación personal del paciente en cuestión. El mero asentir no crea consentimiento informado. Exigirle a los pacientes, por ejemplo, que firmen un documento en el cual se asiente al procedimiento sugerido, y mediante el cual se releva de responsabilidad a la institución por cualquier consecuencia negativa, no es evidencia convincente ni suficiente de consentimiento informado. En el peor de los casos no es más que un relevo de responsabilidad legal, que en cuanto tal está plagado de suspicacia moral.

C. Principio de no maleficencia

Según el principio de no maleficencia enunciado hace unos 24 siglos por Hipócrates, realizar un trasplante a una persona no se justifica moralmente si con ello se produce un mal. Este principio hipocrático, mucho más taxativo que el de beneficencia y con mayor poder vinculante, enuncia que bajo ningún concepto se autoriza a un profesional sanitario a hacerle daño a un paciente. Realmente, un profesional no debe hacerle daño a nadie (no sólo a pacientes) pues la ética de no hacer daño no sólo aplica al escenario clínico y a la relación terapéutica. Este principio de no maleficencia, que parece bastante simple de comprender, pudiera ser más complicado si nos hacemos algunas preguntas. Por ejemplo, ¿cómo puedo saber si le hago daño a un paciente con los procedimientos que le recomiendo? ¿Es hacerle daño el intento de hacerle un bien que él no está dispuesto a aceptar? ¿Es hacer daño cobrar por mis servicios especializados unos honorarios altos y fuera del alcance de la capacidad económica promedio? Si resulta que la eficacia del trasplante no garantiza una mayor calidad de vida que la que puede percibir actualmente, ¿le hago daño si convengo en someterlo a la operación? ¿Es hacerle daño no informarle de todos los riesgos implicados? Si los costos sociales y familiares en que debe incurrir el paciente son altos en comparación con el beneficio que va a recibir si se somete a la operación, ¿hago daño?, ¿a quién? ¿a él o la sociedad? Y si él se beneficia ¿qué importa que se perjudique la sociedad o algún tercero desconocido?

Son incontables las posibilidades de situaciones en relación a los trasplantes que suscitan perplejidades para el profesional, para el paciente y para el público en general. No podemos, ni es nuestra intención hacer aquí un catálogo de todas las instancias posibles, pero a manera de estimulantes para la reflexión moral podemos pensar en varias situaciones en las cuales asoman perplejidades éticas. Supongamos el caso de un padre cuyo hijo padece de una condición renal grave y para el cual se requiere un trasplante que pueda salvarle la vida) debe ese padre tener la autoridad para decidir que otro de sus hijos genéticamente compatible done uno de sus órganos o tejidos para salvar al primero?) A nombre de qué valor o principio ético se podría justificar una atribución semejante? Y si se optara porque el menor done un riñón voluntariamente, ¿es razonable o justo suponer que un menor tenga la capacidad intelectual suficiente para ejercer su autodeterminación, al extremo de que con sus decisiones ponga en riesgo su salud y vida?

D. El principio de justicia distributiva

Hasta este apartado de nuestra exposición la preocupación ética parecía ser el drama íntimo de la conciencia individual del profesional o del paciente. Pero el drama de la ética tiene una dimensión social--como habíamos sugerido arriba. Es lo que los teóricos identifican como el nivel macroético del discurso moral. La realidad de los trasplantes permite legítimamente cuestionar, desde la perspectiva macroética de la justicia distributiva, si está en el mejor interés de la sociedad invertir en trasplantes costosos o preferir una mayor inversión en medicina primaria y prevención. Es decir, el interés beneficente no es un principio que sólo interesa al profesional individual sino que es necesario ubicarlo en su perspectiva sociopolítica. Esto se impone, sobre todo, en aquellas sociedades que han adoptado una política clara de beneficencia pública y en aquellas que han adoptado la modalidad de un estado benefactor. En cualquier sociedad, sin embargo, sería igualmente válido plantear la interrogante: ¿es justo que la sociedad permita que un ciudadano acaudalado tenga acceso a los servicios de salud de mayor calidad, o acceso a los beneficios de la medicina catastrófica (como sería el caso de trasplantes de todo tipo) y que tales accesos no se permitan a los pobres?) Es justo que sea la capacidad de pago y no la necesidad del servicio lo que determine a quienes se les brinde los cuidados de salud? Por otro lado, ¿es moral conferirle importancia a la cuestión de los altos costos de un procedimiento quirúrgico cualquiera? Si los costos elevados, en vista de la escasez real o previsible de recursos, adquiere una prominencia ética insoslayable apelándose (como de hecho

se apela) al principio de justicia distributiva,) sólo se aplicará para los servicios de salud que se ofrecen a los pobres o se aplicará para todos en igual? Y si el discurso de la justicia distributiva sólo se aplica a los servicios destinados a los médico-indigentes) no se incurre en discrimen arbitrario y por la tanto se comete injusticia?

En casos de donación de órganos, alguien pudiera pensar que requerir a una persona que done uno de sus riñones es producirle daño toda vez que la donación implica, además de los riesgos de la anestesia y la mutilación física, la posibilidad de que si el riñón restante se deteriora, ponga en riesgo la vida del donante mismo. La voluntariedad del acto donador, aunque bello en su atractivo ético, no elimina los riesgos por mínimos que sean, lo que nos lleva a preguntar en qué medida es moralmente legítimo poner en riesgo la vida de un ser humano para salvar la vida de otro ser humano. Perder un órgano,) está en el mejor interés del donante que se convierte también en paciente al someterse a cirugía? Y a propósito de estas interrogantes, se nos ocurre pensar que el interés del donante merece destaque especial ya que generalmente se valora el predicamento personal del que necesita y recibe una donación y no desde la perspectiva ética de las consecuencias para el donante. Esto es más señalado en el caso de donantes vivos y mentalmente competentes, pero parece ser cierto también en aquellos casos de personas identificadas como donantes y que han sido víctimas de algún accidente o trauma cerebral severo que los ha dejado en estado comatoso o en estado vegetativo persistente. Los familiares de una persona en estado vegetativo internada en un hospital, y la cual se ha identificado como donante, pudieran temer que la prioridad de las atenciones y cuidados se le asignen al paciente que espera un trasplante.

El hecho de que el paciente en estado vegetativo persistente puede estar biológicamente vivo por tiempo indefinido, sin garantías de recuperar la conciencia y florecer como persona, ha llevado a la sociedad actual a redefinir la muerte. Uno de los efectos de la tecnología de trasplantes es que ha reforzado la necesidad de redefinir el concepto de muerte. En efecto, en el seno de sociedades avanzadas se ha adoptado una nueva definición de muerte que se aplica mayormente a casos de trasplantes. Antes de los trasplantes no había dudas de que una persona estaba muerta cuando cesaban sus funciones cardiovasculares y pulmonares. Sin embargo, con los modernos respiradores artificiales es posible que un cuerpo permanezca indefinidamente vivo. Mientras una máquina realiza las funciones que antes realizaban su corazón y pulmones, otra máquina purifica la sangre y otra quizás alimenta el cuerpo a través de hidratación intravenosa. Esta capacidad tecnológica añade meses y años de vida a un cuerpo pero

no añade calidad ni significado posible a la existencia personal que para todos los efectos filosóficos, ha cesado. Es una situación en la que el cuerpo es y está pero la persona ya no es ni está. En atención a esos hechos, los profesionales médicos se han visto precisados a redefinir el momento en que efectivamente una persona muere, para lo cual han precisado nuevos criterios para diagnosticar la muerte. Se sabe que si se espera mucho tiempo luego de la muerte de un donante, sus riñones y otros órganos se deterioran de tal manera que lo hacen inservibles para efectos de ser trasplantados. Pensando en el beneficio del que necesita el trasplante para salvar la vida se ha acordado, a nivel de legislación en muchos países, definir la muerte como el cese irreversible de las funciones cerebrales a nivel de la corteza superior y del tallo cerebral, (muerte total del cerebro). Luego de muchas discusiones de tipo legal, filosófica, religiosa y moral, gradualmente ha ganado aceptación generalizada el convencimiento de que la persona y su personabilidad no están presentes cuando el cerebro muere. Sin embargo, hay que reconocer que todavía hay muchas reservas psicológicas, religiosas y éticas aún en el seno de la comunidad de profesionales sanitarios. La suspicacia es mayor en la comunidad general de ciudadanos legos. Después de todo, la muerte desde el punto vista de un neurólogo es quizás un diagnóstico, pero para la persona promedio la muerte de un ser querido es sinónimo de tragedia y angustia que no se subsana con una definición de muerte cerebral articulada por expertos de Harvard. Por la importancia del significado cultural de la muerte en nuestras sociedades, se requiere gran sensibilidad y delicadeza moral por parte de los profesionales y establecimientos sanitarios. Esta sensibilidad, traducida a acción concreta significa que hay que educar a la comunidad respecto a la legitimidad de esta nueva definición de muerte. Una mayor educación de la comunidad aumentará eventualmente la disponibilidad de órganos y como consecuencia lógica se aumentará el potencial de hacer el bien a otros a través de la donación de órganos tan necesarios para la vida.

Decíamos que como consecuencia de esta concepción de muerte, el paciente-donante en estado vegetativo pierde prioridad en el cuidado, ante el paciente que está en espera de un órgano. Razones técnicas y otras consideraciones que tienen que ver con la complicada logística de los trámites que hay que llevar a cabo (a veces, traslado en avión a través de grandes distancias) convencen cada vez más de la conveniencia de haber adoptado una nueva definición del momento de la muerte. Desde otro punto de vista, resulta muy pragmática esta definición de muerte pues tiene el atractivo utilitarista de que, si bien es cierto que hay que abreviar la vida biológica en un caso, por el otro, se extiende la vida personológica de otro individuo.

Es un *quid pro quo* moral que de nuevo revela en qué medida los seres humanos nos necesitamos unos a otros adn en el momento del morir. Parecería que la vida de uno requiere la muerte de otro.

La dificultad que aún tienen muchas personas para aceptar la definición de muerte cerebral estriba en el hecho aparente de que esta es una definición *ad hoc*. Es decir, se adopta para unos propósitos utilitaristas específicos tales como: economizar dineros en maquinarias de soporte vital (valor económico, valor instrumental) y para hacer médicamente más viable el trasplante de un órgano, que de otro modo se podría deteriorar y tornarse inservible para el propósito previsto. Alguien pudiera pensar que lo que se gana con esa definición en valor instrumental, se pierde en valor intrínseco. Las dudas que este desarrollo filosófico suscita permite decir que la definición de muerte cerebral es, a lo menos, éticamente problemática.

La racionalidad instrumental que se aplica con frecuencia en las ciencias médicas parece inclinar, cada vez más, los juicios valorantes a favor de decisiones que tengan cierto atractivo práctico. Así, por ejemplo, la ineficacia de ciertos tratamientos en vistas del deterioro físico del paciente, o de la irreversibilidad de una condición, puede sugerir al profesional que no se desperdicien los recursos escasos en aquellos casos patentemente inútiles. No es el valor intrínseco de la persona en estos casos lo que justificaría el tratamiento, sino la eficacia y los resultados demostrables del tratamiento lo que justifica la acción del médico. Este modo de análisis resulta convincente desde el punto de vista del sentido común, pero para muchos, tal modo de pensar lesiona el sentimiento culturalmente apoyado de que la vida y la persona humana son valiosos en sí mismos --independientemente del nivel de deterioro, o de lo que cuesten los cuidados que necesita y que merece. Si en virtud de su dignidad intrínseca una persona merece todos los cuidados disponibles, estos cuidados deben ofrecerse no importa lo que cuesten--es la premisa de los que así piensan.

Las posibilidades técnicas futuras de los trasplantes invita a otras reflexiones. Es de esperar que en un futuro no muy lejano, a medida que se logre la comprensión cabal del genoma en los humanos y la de los animales, la ciencia diseñe estrategias para superar las barreras genéticas que separan a especies animales disímiles. Una vez que se descubra cómo compatibilizar con cuerpos humanos los tejidos de especies animales distintas, con toda seguridad se preferirá utilizar órganos de animales para salvar vidas humanas. Esta posibilidad tecnológica en apariencia es menos conflictiva que el uso de órganos humanos. Se proyecta la posibilidad de que mediante la manipulación genética, se pueda programar el desarrollo de órganos--

como el hígado, corazón, etc.,--de manera que los animales se conviertan de facto en incubadoras de órganos histocompatibles con el genoma humano del receptor del órgano. Los defensores de los derechos de los animales tendrán mucho que decir al respecto y ya algunas voces han expresado alarma ante esa posibilidad. Los defensores del derecho a la vida y del trato digno debido a los animales como miembros legítimos de la biodiversidad, cuestionarán con vehemencia la base de legitimación moral que utilizará la sociedad del futuro para apoderarse del secreto del genoma animal y para ponerlo al servicio de la extensión de la vida de las personas. Qué derecho moral tenemos para disponer de la vida animal en provecho nuestro? Claro está, si el argumento de los defensores de los derechos de los animales se aplicara consistentemente, la sociedad humana tendría que revisar drásticamente sus hábitos alimentarios. Se puede argumentar coherentemente que si no hay base ética que justifique sacrificar un animal para trasplantar sus órganos a los humanos, tampoco lo debe haber para justificar que los consumamos como fuente rica de proteínas y grasas en nuestra alimentación. Es cuestión de tiempo que la posibilidad de manipulación exitosa de la genética advenga como un nuevo poder de los humanos, y ciertamente la actitud práctica y utilitarista que parece ser la onda moral del futuro, no parará mientes en proveerse de una inagotable fuente de donantes menos costosa y moralmente menos problemática que las decisiones que al presente hay que tomar. Es igualmente probable, que a medida que aumente el número de pacientes que requieren trasplantes para salvar sus vidas, y que coincida dicho aumento con una disminución proporcional de órganos y de donantes (por las razones que fueren), las sociedades tenderán a aceptar como éticamente legítimo la posibilidad de que muchas personas vendan sus órganos para procurarse dineros que necesitan urgentemente para satisfacer otras necesidades sociales. De hecho, no se considera inmoral en la actualidad la venta de plasma sanguíneo, ni tampoco la venta de esperma en las clínicas especializadas en las nuevas tecnologías reproductivas. Eventualmente, la mentalidad moral emergente, urgida por la misma escasez de órganos y tejidos optará por conferirle legitimidad ética al uso de bebés anencefálicos como fuente de provisión de vida y rehabilitación para miles de personas necesitadas. Y es que las valoraciones humanas y sus modificaciones surgen en la historia como respuestas a retos nuevos. Cuando las valoraciones del pasado no satisfacen sus necesidades, el ser humano modifica sus interpretaciones o crea nuevas valoraciones para conferirle un sentido y dignidad más adecuado a su proyecto existencial y político. En ausencia de una guía moral con contenido sustantivo inapelable, la reflexión bioética se deberá aplicar a los problemas y

perplejidades nuevas mediante un proceso de consenso dialógico que racionalmente permita encontrar una solución moral, provisional en todo caso, pero iluminada por el poder de producir consensos que expresen lo mejor de la sensibilidad humana. Sentimientos como el de compasión por el que sufre; el respeto por la dignidad humana de la especie *homo sapiens*; satisfacción íntima que produce el ayudar efectivamente a otros a completar su vocación existencial con la calidad de vida y nivel de autorrealización digna; y finalmente la libertad para la búsqueda a través del conocimiento científico de opciones congruentes con las posibilidades humanas, son los hitos que la reflexión racional deberá tener presentes como indicadores de legitimación ética. En ese contexto de ideas, los trasplantes de órganos aportan una ocasión concreta para evidenciar la delicadeza y grandeza moral que la humanidad ha construido a lo largo de los siglos. La tecnología de los trasplantes refleja la grandeza moral en la persona del cirujano que hace posible la hazaña tecnológica-científica; grandeza moral en el que dona para dar vida a otros, grandeza en la solidaridad moral de la sociedad que facilita esta opción y elimina las barreras de la ignorancia, y finalmente se ratifica la grandeza moral del paciente que no renuncia a la vida ni a la esperanza para permitirse completar su vocación humana.

Bibliografía

1. Andrews Lori B. My Body, My Property. Hastings Center Report 1986; 16: 28-38.
 2. Areen, Judith C. A scarcity of organs. J Legal Ed 1988; 38: 555-565.
 3. Caplan, Arthur L. Ethical and policy issues in the procurement of cadaver organs for transplantation. N Engl J Med 1984; 314: 981-983.
 4. Chapa, Jorge. Hispanics and organ donation: prospects, obstacles and recommendations. En: The Surgeon General's Workshop on Increasing Organ Donation: Background Papers. Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. 1992; 163-180.
 5. Chidress, James F. Attitudes of major western religious traditions towards uses of human body and its parts. En: Knight DA, Paris PJ, eds. Justice and the Holy: Essays in Honor of Walter Harrelson. Atlanta, Scholars Press 1989; 216-240.
 6. Engelhardt, Tristram. Los fundamentos de la bioética. Barcelona, España, Editorial Paidós 1995.
 7. Gracia Guillén, Diego. Fundamentos de bioética. Madrid, España, Editorial Eudema 1989.
 8. Kamm FM. Morality, Mortality (Vol. I y II). New York, Oxford University Press 1996.
 9. Monagle and Thomasma. Health Care Ethics. Maryland, Aspen Publishers Inc. 1994.
 10. Rothman DJ. Strangers at the Bedside. USA: Basic Books, Harper Collins Publishers 1991.
-