

Toledo, Andrés

Aspectos bioéticos del trasplante con donantes vivos

Vida y Ética. Año 11, Nº 2, Diciembre 2010

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Toledo, Andrés. “Aspectos bioéticos del trasplante con donantes vivos”[en línea]. Vida y Ética. 11.2 (2010). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/aspectos-bioeticos-trasplante-donantes-vivos.pdf> [Fecha de consulta:.....]

(Se recomienda indicar fecha de consulta al final de la cita. Ej: [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010]).

ASPECTOS BIOÉTICOS DEL TRASPLANTE CON DONANTES VIVOS

ACTUACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL HOSPITAL PRIVADO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA EN EL CASO DE LAS GEMELAS CON FIBROSIS QUÍSTICA

*Ciudad de Buenos Aires,
jueves 14 de octubre de 2010*

Mgt. Andrés Toledo

- Licenciado en Filosofía (Universidad Católica de Córdoba -UCC-)
- Magíster en Ética Biomédica (Universidad Católica Argentina -UCA-)
- Doctorando en Filosofía (UCA). Tesis en elaboración: "Caminos abiertos en la Filosofía de Xavier Zubiri"
- Miembro Titular del Comité de Bioética del Hospital Privado de Córdoba
- Miembro titular del Centro de Bioética de la UCC
- Profesor titular de la cátedra de Bioética en la Facultad de Filosofía de la UCC
- Profesor en la Maestría en Bioética de la Universidad Nacional de Córdoba
- Miembro Titular del Comité de Ética de la Investigación (CIES) de la Clínica Universitaria Reina Fabiola
- Ha publicado varios artículos en distintas revistas

Palabras clave

- Comité de Bioética
- Trasplante de órganos con donantes vivos
- Consentimiento informado

Key words

- Bioethics Comitee
- Living Donor Organ Transplant
- Informed consent

RESUMEN

El 4 de junio de 2010 se solicita al Comité de Bioética del Hospital Privado de Córdoba, Argentina, una consulta para que se analicen los aspectos éticos de un trasplante pulmonar lobar bilateral, con donante vivo relacionado para dos hermanas gemelas de 17 años con diagnóstico de fibrosis quística (Acta 172).

Este caso nos permite revisar dos ejes esenciales de la constitución de la Bioética como son las funciones y actuación de los comités de Bioética en las instituciones hospitalarias, y la licitud de los trasplantes de órganos cuando hay donantes vivos. Se justificará la actuación del Comité de Bioética en este caso, analizando los puntos a tener en cuenta y los recaudos y recomendaciones que habrían de considerarse frente a esta situación planteada.

ABSTRACT

On June 4th., 2010, the Bioethics Committee of the Hospital Privado de Córdoba, Argentina, was requested to analyze the ethical aspects of a living donor bilateral lobar lung transplant for twins aged 17 who had been diagnosed cystic fibrosis (Minutes 172).

This case allows us to review two core aspects of Bioethics as the duties and tasks of bioethics committees of hospitals, and the lawfulness of living donor organ transplantation. The actions of the Bioethics Committee shall be analyzed and justified in this particular case, taking into account the issues that must be considered and the recommendations that should be made under the particular circumstances of this case.

INTRODUCCIÓN

La Bioética, disciplina a la que se adjudica su nacimiento con el libro de Potter,

[1] en el año 1971, [2] tiene, como toda realidad viva, su momento de gestación; [3] y luego de salir a la luz, inexorablemente aparece su posterior desarrollo

[1] POTTER, V. R., *Bioethics: Bridge to the Future*, New Jersey, Englewood Cliffs, 1971.

[2] En realidad Potter ya había utilizado la palabra *Bioethics* en el año 1970 en dos artículos, uno llamado "Bioethics: The Science of Survival", en: *Perspectives in Biology and Medicine*, 14 (1970), pp. 120-153. Como es de aceptación corriente decir que ese término nace con el libro de 1971 respetamos esa opinión generalizada.

[3] GAFO, J., *Bioética Teológica*, Madrid, Universidad de Comillas, 2003, pp. 18-38. De manera sintética se puede afirmar que la Bioética surge por la conjunción de varios factores, como los crecientes y desafiantes avances tecnológicos que

como sucede en todo proceso natural. Esta metáfora de comparar la Bioética con el proceso biológico no es fortuita, ya que para comprender la Bioética no se puede partir del surgimiento del término *Bioethics* de Potter, sino que se debe tener en cuenta la historia anterior que hizo que la Bioética se consolidara y se transformara en disciplina, hoy indiscutiblemente desarrollada, y en continuo crecimiento. [4]

Los dos temas que nos ocupan se relacionan profundamente con la gestación y constitución de la Bioética, ya que la vigencia y necesidad de los comités de Bioética hospitalarios (CB), como la técnica de los trasplantes de órganos coincide con aquello que podemos decir es la "vida" de la Bioética. Ambas cuestiones la forman y la constituyen; sin ellas nos sería imposible pensar esta disciplina como hoy la comprendemos. Por eso, la Bioética comparte con el surgimiento de los comités de Bioética clínica y con la historia del trasplante coincidencias muy significativas. [5]

Lo que proponemos es revisar la importancia de los comités de Bioética en las cuestiones dilemáticas que generan las tecnologías aplicadas en el campo de la salud y cómo en un caso de trasplantes con donantes vivos se podría justificar tal intervención.

LOS COMITÉS DE BIOÉTICA CLÍNICA EN EL ÁMBITO DEL HOSPITAL

Recordemos que la expansión y difusión de la Bioética tuvo varios cauces: las universidades y escuelas de Medicina, algunos centros especializados que prontamente se inauguraron en los países con cierto desarrollo médico; y, en un nivel hospitalario, fue en los **comités de Bioética clínica** [6] donde mejor se expresó lo novedoso y la potencialidad de esta disciplina.

Sin estos comités, quizás la historia de la Bioética hubiera sido otra, pero ¿por qué?

empiezan a impactar en la Medicina, la secularización de la Ética médica, que ya no es relacionada a una moral confesional, los movimientos de reclamos por los derechos civiles y sociales de las minorías raciales y la socialización de la medicina.

[4] Cfr. TOLEDO, A., *El dato físico de la Bioética* [trabajo sin publicar, disponible en línea]: <<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibres-Bioetica/12.%20El%20Dato%20Fisico.pdf>> [consulta: 11 de octubre de 2010].

[5] GRACIA, D., *Como arqueros al blanco, estudios de Bioética*, Madrid, Ed. Triacastela, 2004. p. 433.

[6] Para conocer las historias de los comités recomendamos: MARTÍNEZ, J. (editor), *Comités de Bioética. Dilemas éticos de la medicina actual*, 16, Madrid, Universidad de Comillas-Desclée De Brouwer, 2003.

Primero, por el ámbito práctico que tomaron estas cuestiones. Muchos filósofos especializados y ligados a estos temas dirán que la "Bioética salvó a la Ética". [7] Con esta afirmación se pretende describir cómo la Ética, que es una ciencia teórica, empezó a reflexionar sobre temas concretos y apremiantes. De este modo, frente a propuestas analíticas o formales, la Bioética volvía a poner como objeto al hecho particular o "caso". Esto, así entendido, ya lo había concebido Aristóteles. [8] Con estos nuevos impulsos la Bioética comienza a actuar. Fue en los comités de Bioética donde mejor se expresó esa vitalidad, y también donde la Bioética reflejó a una sociedad con sus diversos valores y su variada idiosincrasia. [9]

Segundo, porque surgen dos cuestiones básicas: por un lado que la moral no es propiedad de ninguna religión, y por otro lado se empieza a comprender una ética civil muy vinculada al perfil que debía tener esta disciplina. Esto genera una perspectiva abierta pero que, a su

vez, debía contar con criterios aceptados por toda la comunidad de referencia a la cual pertenecía, ya que la Bioética, en definitiva, es Ética y, por tanto, debía cumplir con el criterio de objetividad y de universalidad. Así, esta disciplina no podría ser "*relativista*" [10] sino que tenía que tener principios y fundamentos de sus afirmaciones.

Por otra parte surgía, principalmente en el mundo médico, la cuestión de la transdisciplinariedad, hecho inédito en la tradición médica. En cuestiones de medicina clínica son los médicos quienes formulan el diagnóstico; pero cuando reflexionamos acerca de los alcances que tal acción tiene, los criterios médicos ya no alcanzan y deben integrarse con otras miradas. De esta manera, el estilo de estos comités debía ser de características deliberativas y democráticas, en donde se respetaran *a priori* todas las opiniones. De ahí, que algunos pensaran que el mejor antídoto frente al secular paternalismo médico era la creación de estos comités. [11]

[7] DRANE, J., "La Bioética en una sociedad pluralista" en: GAFO, J. (editor), *Fundamentación de la Bioética y manipulación genética. Dilemas éticos de la Medicina actual*, 2, Madrid, Universidad de Comillas, 1988, p. 89.

[8] "El que delibera rectamente, hablando en sentido absoluto, es el que es capaz de poner la mira razonablemente en lo práctico y mejor para el hombre" (*Ética Nicomaquea*, 1141b 12-15). Aristóteles señala que la Ética es una ciencia que versa sobre el particular y concreto y que este juicio lo realiza la prudencia.

[9] Pensemos en la figura del "miembro lego" o "miembro que representa la comunidad", que son integrantes imprescindibles en los comités tanto de Bioética clínica como en los de Ética de la investigación con seres humanos.

[10] En el sentido de una moral de situación o emotivista. Cfr. ENGELHARDT, T., *Los fundamentos de la Bioética*, Buenos Aires, Paidós, 1995, p. 19.

[11] En los inicios, los comités de Bioética no fueron bien recibidos porque se pensó que eran un órgano de cuestionamiento de las decisiones médicas. La experiencia mostró que no fue así.

Así, en el Hospital Privado de Córdoba surge el Comité de Bioética el 30 de junio de 1994, por convocatoria de la subdirección médica, de la cual depende hasta la actualidad. En esa primera reunión se establecieron las siguientes funciones del Comité dentro del hospital, las que se transcriben textualmente:

- Asesoramiento de la subdirección médica del Hospital Privado.
- Asesoramiento y consulta ante diferentes situaciones que surjan de la práctica médica.
- La posibilidad de contar con distintos consultores según necesidades y demandas.

También se establece que el Comité debía tener su Libro de Actas, una secretaria y una secretaría administrativa, y que se debía establecer una metodología de resolución de casos porque ya se estaba solicitando considerar una situación concreta que requeriría una recomendación por parte del comité recién creado. [12]

Se adoptaron como funciones del Comité de Bioética las propuestas sobre todo por los bioeticistas españoles. [13] De este modo, en el acta n. 4 se consignaba, textualmente, que las funciones del comité eran educativas, consultivas, normativas, [14] que "*no tenía un ambiente represivo*" [15] y que trabajaría en conexión con otros comités (red). En aquella reunión se señalaba lo siguiente: "Se analizaron los protocolos europeos y latinoamericanos (de Bochum) en el que la autonomía del paciente es más limitada, y el americano (EE.UU.) de James Drane, que da prioridad a la autonomía del paciente. Luego del análisis de un caso ejemplificador se decidió adoptar el protocolo europeo-latinoamericano". [16]

Hoy contamos con una metodología ya consolidada y probada donde reina la libertad de expresión, la confianza, la cordialidad y el respeto sincero. Se trata de usar el consenso, y en algunos casos la votación.

[12] Se trataba del secreto profesional frente a enfermos intrahospitalarios con HIV. Acta del Comité de Bioética del Hospital Privado n. 2.

[13] Si bien varios de nosotros nos formamos en el Principialismo, propuesta formulada por Tom Beauchamp y James Childress y sus cuatro principios, teoría ética de origen anglosajón, también conocíamos bien las propuestas de, por ejemplo, Diego Gracia Guillén y otros como el humanismo médico de Pedro Lain Entralgo. Cfr. GRACIA GUILLÉN, D., *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989; GRACIA, D., "Teoría y práctica de los comités de Bioética", en: MARTÍNEZ, J. (editor), *Comités de Bioética. Dilemas éticos de la medicina actual*, 16, Madrid, Universidad de Comillas-Desclée de Brouwer, 2003, pp. 59-90.

[14] Mencionamos que el Comité de Bioética ha podido organizar distintos ateneos que versaron sobre variados temas (por lo menos tres al año) y también proponer a la Dirección del Hospital algunas normas de procedimientos de situaciones dilemáticas: "orden de no reanimación", "transfusión a los Testigos de Jehová".

[15] Acta del Comité de Bioética del Hospital Privado, n. 4.

[16] Ídem.

Por eso señalamos que la historia de nuestro Comité tiene la misma historia que la Bioética en Córdoba y que la Bioética en general. Con esto creemos mostrar que la Bioética nace porque hay acontecimientos muy visibles y palpables por todos. Esa evidencia hacía que nadie pudiera quedar indiferente ante esta nueva realidad. Así, la Bioética surge en un primer momento como una reflexión que debía atenerse a los hechos para que fueran lo más objetivos posible y para intentar brindar una respuesta ética y racional. Por eso insistimos en que la Bioética no viene de teorías ni de predicciones, sino de diagnósticos que le revelaban un estado de situación y de un presente que le interroga y cuestiona. Ese inicio fue fundamental y le dio cierta identidad, fuerza y validez a sus conclusiones. Esto queda demostrado en la vigencia que tienen hoy estos comités. [17]

TRASPLANTES CON DONANTES VIVOS

La Bioética, como se mencionó anteriormente, nace por "necesidad"; y como consecuencia de la revolución científica y técnica operada en las ciencias biológicas y médicas en particular. Las nuevas tecnologías y descubrimientos permitían tener nuevas perspectivas y lograr nuevos resultados, pero al mismo tiempo ins-

talaban en la sociedad y en los mismos especialistas la pregunta sobre la licitud de algunas aplicaciones técnicas: ¿se debe hacer todo lo que se puede?, ¿es la técnica neutral en las cuestiones éticas? ¿puede haber conflictos entre la ética y la ciencia?

Estas preguntas no son ociosas ni fútiles. Veamos por qué:

Recordemos que desde el siglo XIX y hasta la primera mitad del siglo XX, época de enormes avances tecnológicos, se pensaba que la única preocupación que la ciencia debía tener desde el punto de vista ético era la corrección del método a aplicar; y, por tanto, mientras se respetara la metodología científica entendida como probación de hipótesis, no habría otra cuestión ética a considerar. Y con respecto a las éticas codificadas, ya fueran confesionales o de otra índole, el científico se mantenía neutral. Esta fue la manera en que el positivismo reflexionó y se posicionó con respecto al deber que tiene todo poder tecnológico. Como es lógico, en estas circunstancias no tenía ningún sentido hablar de "ética del científico" e incluso de "ética de la ciencia". Eran preguntas y respuestas superfluas.

En la segunda mitad del siglo XX, a partir de la Segunda Guerra Mundial, se

[17] TOLEDO, A., "Celebración de los 15 años de la creación del Comité de Bioética del Hospital Privado de Córdoba", *Experiencia Médica* [revista del Hospital Privado de Córdoba], vol. 27, n. 1, Córdoba (2009), pp. 45-46.

hizo necesario revisar esa concepción "ingenua" de la neutralidad moral de la ciencia, y a partir de ahí esa mentalidad comienza a cambiar. Las ciencias son buenas si se utilizan para el bien, y esto depende de quién dispone de ese poder. Los descubrimientos sobre el átomo eran positivos porque de allí se abrían muchas posibilidades, pero también significaron la base para la bomba atómica. De este hecho tomaron conciencia no sólo los científicos sino también la opinión pública, que comenzó a exigir normas para resguardarse ante tanto poder tecnológico.

Así comienza a surgir la inquietud sobre el deber que tiene todo hecho científico. La Bioética nace como consecuencia de este proceso, y con esa inquietud sobre el deber, ya que los hombres no sólo "podemos" hacer cosas sino que también "debemos" vivir otras. La experiencia del "deber" es universal, constitutivamente humana, y tiene sus caminos propios. Por lo tanto, no se debe confundir "poder" con "deber"; cuanto más pueda hacer la ciencia, más importante y aguda debe ser la pregunta sobre el deber, o lo que se llamaría la "reflexión ética".

Esto sucede porque el deber tiene sus propias leyes que ya no dependen ni de la metodología científica ni de un grupo particular, ya sean científicos o sacerdo-

tes. Es la comunidad la que irá definiendo, por distintos cauces, esta moralidad que se llamará "pública", que tendrá que controlar todo el poder y que será considerada regla de mínimos en el obrar comunitario. Pensemos concretamente en los derechos humanos. Así hay un doble cambio, no sólo el hecho de que la ciencia nunca es neutral, sino que las decisiones deben ser de la comunidad a la cual se somete el científico. De este modo, cualquier práctica médica no puede hacerse como se hacía antes. Hay que respetar los derechos de los pacientes para que se pueda hablar de medicina de calidad.

Un ejemplo de esto lo tenemos en los trasplantes de órganos, surgidos a mediados del siglo XX. La técnica ha ido incrementando su eficacia y seguridad y hoy es considerado como un método terapéutico de primera línea aceptado prácticamente por todos los sistemas sanitarios del mundo; pero al mismo tiempo, ha obligado a poner a punto una serie de consideraciones éticas como la donación de órganos de personas vivas y sus consentimientos informados, la determinación de muerte y la distribución de órganos escasos. Por eso, la misma historia de los trasplantes es un *micromodelo* donde podemos verificar todos los capítulos de la Medicina y de la Bioética. [18]

[18] GRACIA, D., *Como arqueros al blanco...*, op. cit., p. 435.

TEMAS ÉTICOS A CONSIDERAR EN EL TRASPLANTE DE ORGANOS CON DONANTES VIVOS

El 4 de junio de 2010, se solicita al Comité de Bioética una consulta para analizar los aspectos bioéticos de un trasplante pulmonar lobar bilateral, con donante vivo relacionado, para dos hermanas gemelas de 17 años con diagnóstico de fibrosis quística. [19] Los puntos que analizó el Comité fueron los siguientes:

Licitud de la mutilación

Los primeros trasplantes que se realizaron fueron en los años cincuenta (siglo XX). Se trató de trasplantes renales en los cuales los órganos eran extraídos de personas vivas y sanas. El donante era generalmente un familiar, ya que por esos años se requería una altísima identidad inmunológica entre donante y receptor. [20] Esta primera cuestión nos interesa analizarla más detenidamente porque se relaciona directamente con nuestro caso.

El problema ético se podría resumir así: ¿es lícito extraer un **órgano doble** a

una persona viva y sana, a fin de trasplantarlo a otra persona y de ese modo salvar la vida de ésta? Recordemos que extraer un órgano funcional y sano de una persona viva tenía la calificación jurídica de delito de "mutilación" en todos los códigos penales del mundo. [21]

Pero, ¿cómo se reflexionó sobre este tema? ya que el problema que se planteaba moralmente era si se podía provocar un mal en una persona en función de un bien futuro para otra.

Cabe recordar que san Pablo dice que no se puede "hacer el mal para que resulte el bien" (Rom. 8, 3). Esta amonestación paulina se resume a la cuestión de los medios y los fines y según la cual los fines nunca justifican los medios. Esto mismo lo encontramos mucho antes en la Filosofía griega, concretamente en *Ética a Nicómaco* de Aristóteles. En el libro tercero distingue entre acciones voluntarias, involuntarias y mixtas, [22] agregando que éstas son voluntarias en un sentido y en otro no. Esto es lo que se conoce en la tradición antigua y queda plasmado magníficamente en santo

[19] Acta del Comité de Bioética del Hospital Privado, n. 172. Si bien luego el caso tuvo resonancia mediática a nivel nacional, más ligada a la ley en vigencia sobre los trasplantes de órganos y la no contemplación de donación de pulmón en esta legislación, el CB hizo un análisis bioético independiente y anterior a esta repercusión mediática, donde su justificó la racionalidad ética de tal intervención.

[20] Recuérdese que no se había descubierto la ciclosporina que ayudaría finalmente a que los trasplantes no relacionados tuvieran tanto éxito en la actualidad.

[21] *Código Penal Argentino*, art. n. 89.

[22] ARISTÓTELES, *Ética a Nicómaco*, III, 1: 1109b 35 - 1110 a 19^a.

Tomás como voluntario indirecto o de doble efecto. [23] Si se comparan las fuentes es posible darse cuenta de que se trata de un comentario al texto aristotélico. Se sabe que para aplicar este principio se necesitan ciertos requisitos, y uno indispensable es que sea un solo acto, que el fin querido como principal sea bueno, que haya proporcionalidad entre beneficios y el mal que se produce y que no haya otro modo de conseguirlo. Si bien podría en algún aspecto justificar la ablación en un donante vivo, tiene como cuestión insalvable que el acto debe ser uno, y esto claramente no sucede con esta técnica, ya que primero se extrae el órgano y luego se lo trasplanta en otro organismo.

Entonces se recurre a otra doctrina que también encontramos en san Pablo, en I Cor. 12, 12-26. En este texto propone la doctrina del cuerpo místico de la Iglesia, y afirma que la parte está en función del todo. De hecho, santo Tomás cuando habla de la mutilación, dirá que siempre es ilícita excepto en ciertas circunstancias, por ejemplo las amputaciones para salvar la vida del cuerpo. [24] Esto se llamó "principio terapéutico" o "proporcionalidad".

Hay consenso con esta doctrina o principio cuando se refiere a una misma persona y como una acción terapéutica médicamente necesaria, pero cuando hablamos de dos personas ya su aplicación no es la misma. Este principio era el que justificaba la pena de muerte por el bien social de la comunidad.

En la misma *Suma Teológica*, santo Tomás se pregunta: ¿el hombre debe amar más al prójimo que a su propio cuerpo?, [25] a lo cual responde que no se tiene la obligación de hacerlo; y si se realiza algún acto por el bien del prójimo en perjuicio de su propio cuerpo se debe entender sólo como un deber de caridad que no puede exigirse como obligación de justicia, lo cual sería ya un deber perfecto. Recordemos que la Filosofía moral y la misma Teología hace bastante tiempo que habían distinguido entre deberes de obligación perfecta (en la actualidad, en Bioética, asociados a los principios de no maleficencia y justicia) y que son exigibles, universales y negativos; y los deberes imperfectos (beneficencia y autonomía) que no son exigibles y sólo pueden entenderse desde el amor o la caridad. A estos últimos también se lo llamó supererogatorios, y por tanto, lejos

[23] Cfr. SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Suma Teológica*, 1-2.6, a6.

[24] *Ibid.*, 2,2 q65, a1.

[25] *Ibid.*, 2,2 q 26, ar5 ad 3.

de algún tipo de comercio o interés material. De este modo, sólo se podía justificar moralmente la acción de entregar un órgano sano desde el altruismo y el amor desinteresado.

Esta licitud requiere ciertas condiciones: primero, que el donante sea un familiar y allegado, ya que por ese parentesco quedaría expresado el desinterés, la gratuidad y voluntariedad del gesto. Y en segundo lugar se debe dejar bien claro que no puede haber comercio en la donación ya que todo se sostiene desde un sentido altruista de la acción.

Así entendemos por qué en nuestra tradición moral se habla de "donación", expresión que también se utiliza en el plano legal. Se hace esta aclaración ya que esto se basa en nuestra tradición moral, lo cual no es igual, por ejemplo, en la tradición anglosajona. [26]

Tipo de técnica experimental o terapéutica

Aquí habría que establecer si este tipo de técnica es de raíz experimental o terapéutica. Recordemos que cuando se hicieron los primeros trasplantes en los años sesenta esto provocó un estupor en la opinión pública, lo cual hacía pensar

-como ya se señaló anteriormente- acerca de hasta dónde se debían hacer estas cirugías. Algunas noticias motivaban ese temor y requerimiento de poner límites. [27] Se puede afirmar que en esa época estas técnicas eran totalmente experimentales y no estaban aún validadas como acción terapéutica.

Conviene tener en cuenta el abultado y actual capítulo de la Bioética, como es el de la ética de la investigación, que muestra en sus regulaciones la historia de cómo por el interés de la ciencia pueden realizarse enormes atropellos a las personas, tomándolas como "conejos de Indias". Pensemos que esto es uno de los motivos de por qué surgen los comités de Ética de la investigación, hermanos de los comités de Bioética clínica, aunque con distintas funciones, ya que los primeros son vinculantes en sus pareceres, en cambio los de Bioética clínica sólo brindan recomendaciones.

Esta historia es una historia reactiva; es decir que se tomaban cartas en el asunto a medida que los hechos iban sucediendo. Así sucedió con los abusos hacia la comunidad negra en Alabama o "experimento de Tuskegee" hasta la talidomida y sus efectos no suficientemente estudiados; también la denuncia de

[26] GRACIA, D., *Como arqueros al blanco...*, op. cit., p. 441.

[27] Se hablaba de cirujanos que trasplantaban corazones de chimpancé en humanos, y otras cirugías que causaban más horror que admiración.

Beecher en el *New England Journal of Medicine* [28] que saca a las luz más de veintidos ensayos clínicos que no guardaban el más mínimo resguardo ético y que incluso tenían algunos el visto bueno de los mismos entes gubernamentales. Estos hechos marcan el camino de las regulaciones y legislaciones existentes como por ejemplo el código de Nuremberg, Helsinki, en sus distintas versiones, y otros documentos existentes a nivel internacional como, por ejemplo, la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

Es importante subrayar que esta clasificación de "experimental" y "terapéutica" se aplica tanto a la cuestión farmacológica como a las técnicas y procedimientos que se utilizan en salud. De este modo, cuando una técnica era experimental, como fueron los trasplantes en los años sesenta, debía pasar por los requisitos éticos de cualquier intervención investigativa en salud. [29] Hoy, muchos trasplantes deben ser y son considerados como técnicas terapéuticas y por lo tanto han sido validados científica y éticamente.

Puede suceder algunas veces que no se sabe bien si la técnica es experimental o terapéutica, pero es básico hacer esta dis-

tinción inicial. Consideramos que en un trasplante nos estamos refiriendo a una técnica terapéutica puesta a punto tanto por el personal como por la institución donde se realizará esta cirugía. Es decir, tenemos la conjunción de elementos que la hacen posible: la técnica médica a utilizar y el entrenamiento del personal. Si existiera la posibilidad de una donación de órganos cadavérica ésta sería preferible, pero dado que por el diagnóstico de la enfermedad se recomienda un trasplante pulmonar urgente, que hay escasez de órganos y que la espera empeora el estado general de las pacientes -y por tanto el éxito del trasplante-, es que se recurre a donantes vivos.

Consentimiento informado

Este quizás sea el punto más delicado a considerar en esta cuestión. Si bien hablamos de un acto supererogatorio, esto no quita que el donante conozca perfectamente los perjuicios que ocasionará a su salud el hacer tal donación. Incluso el hecho de que sea desde un ámbito familiar -lo cual asegura la acción altruista del gesto, requisito para la licitud del trasplante con donante vivo-, produce un efecto inverso en

[28] BEECHER, H. K., "Ethics and Clinical Research", en *New England Journal of Medicine*, 274, (1966), pp. 1354-1360.

[29] Algunos cirujanos piensan que están exentos de este tema, y no es así. Todos debemos ajustarnos a esos criterios, por eso se trata de Ética de la investigación; esto implica que es universal, para todos y en todas estas cuestiones.

cuanto a la libertad y voluntariedad del donante. Al tratarse del núcleo familiar, el futuro donante puede sentir la presión de hacerlo por el hecho de pertenecer a ese círculo, y en caso de negarse, esto podría ser visto por parte del resto de la familia, como una falta de amor a los suyos. Esto produce una presión o coacción psicológica enorme en el donante, por eso el consentimiento informado es un elemento capital y clave para esta donación.

Se debe asegurar todo lo que se pueda la **total libertad** de los donantes para realizar esta acción, por supuesto sin coacción de ningún tipo, tanto directa como indirecta, y se deberá explicar claramente las consecuencias físicas a corto y largo plazo de la manera más completa y personalizada posible. Hasta se puede pensar la posibilidad de contar con una "salida honrosa" en el caso de que el donante dude y esté arrepentido de tal acción, para que no se produzcan reacciones adversas hacia él por parte de sus familiares. El médico podrá poner otras razones por las cuales éste no pueda donar sus órganos y mantener en secreto la inseguridad del posible donante. También debemos considerar, como

un tema que queda abierto, la cuestión del seguimiento médico y psicológico de esos donantes, luego de la operación. La donación debe ser una decisión cabal, preferentemente de personas adultas, con criterios éticos formados y responsables de sus actos, a fin de que sepan lo mejor posible lo que implica la donación de una parte de su órgano y qué consecuencias reales y en su vida concreta les provocará tal extirpación.

CONCLUSIÓN

El Comité de Bioética, en aquella reunión, ponderando todas estas cuestiones, se manifestó de la siguiente manera: "Luego de un exhaustivo análisis clínico de los casos planteados y la reducida expectativa de vida de estas pacientes, se acuerda por unanimidad en la razonabilidad ética del procedimiento" (Acta n. 172).

Quedan varios temas que pueden ser profundizados y revisados, pero sólo el bienestar físico de las pacientes, y la calidad de vida que podrían conseguir gracias a esa donación, es lo que debe primar ante cualquier planteo ético.