

De Janon Quevedo, Lenin

Valores éticos del médico en la detección del posible donante de órganos

Vida y Ética Año 13 N° 1, 2012

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:

De Janon Quevedo, Lenin. "Valores éticos del médico en la detección del posible donante de órganos" [en línea]. Vida y Ética, 13.1 (2012). Disponible en:

Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/valores-eticos-medico-deteccion.pdf>

[Fecha de consulta:.....]

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

VALORES ÉTICOS DEL MÉDICO EN LA DETECCIÓN DEL POSIBLE DONANTE DE ÓRGANOS

ESTUDIO ENTRE
PROFESIONALES DE ÁREAS
CRÍTICAS DE UN
HOSPITAL DE LA CIUDAD
DE BUENOS AIRES

**Dr. Mg. Lenin De
Janon Quevedo**

- Médico por la Universidad Rusa de la Amistad de los Pueblos, Moscú (1991)
- Magíster en Ética Biomédica por el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina (2011)
- Especialista en Medicina Crítica (UCA, 1998)
- Profesor universitario por la Universidad Abierta Interamericana (UAI, 2005)
- Investigador del Instituto de Bioética (UCA) con Dedicación Especial Perfil Docente-Senior
- Docente de la Facultad de Medicina y Cs. de la Salud (UAI, 2003-2009)
- Médico de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos Donación "Francisco Santonjanni" y colaborador docente del Curso de Especialista en Terapia Intensiva (UBA) con sede en dicho hospital
- Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva
- Miembro del Comité de Bioética del Policlínico del Docente de OSPLAD (2009-2011)
- Capacitado en Procuración de Órganos/Tejidos con Fines de Implante. Se desempeñó como Coordinador Hospitalario de Procuración de Órganos.
- Autor de los capítulos "Síndrome de Embolia Grasa" (2008) y "Ventilación Mecánica no invasiva en el SDRA" (2010) para libros de Terapia Intensiva. Ha escrito artículos y colaborado en libros de la especialidad

Palabras clave

- Ética de trasplantes
- Identificación de donante cadavérico
- Donación de órganos
- Procuración de órganos
- Muerte encefálica

Key words

- Transplantation ethics
- Cadaveric donor determination
- Organ donation
- Organ procurement
- Brain death

RESUMEN [1]

La necesidad de órganos para trasplante exige que los médicos de áreas críticas sean competentes en detectar, entre sus pacientes, a posibles donantes. La baja frecuencia de comunicaciones a los equipos de procuración no corresponde con la gran cantidad de pacientes críticos que potencialmente podrían ser donantes. La brecha entre lo ideal, lo esperado y lo real induce a sospechar que los meros conceptos técnico-operativos serían insuficientes y que habría nociones que participan de este reconocimiento y cuestionan al profesional sobre lo correcto. Se tratarían de "valores éticos". Este trabajo pretende hacer una descripción de esos valores como expresión del acto moral de la elaboración del diagnóstico de "potencial donante", diagnóstico que deberá poseer certeza suficiente para persuadir al médico sobre lo correcto de esta detección.

ABSTRACT

The need of organs for transplantation requires critical care physicians to be competent in recognizing potential donors from among their patients. The low frequency of communication to organ procurement teams is inconsistent with the high rate of critically ill patients that could become potential donors. The gap between what is ideal, expected and real induces to suspect that mere technical-operational skills would be insufficient and that there would be a certain knowledge, which, by taking part in this recognition, would cast doubts on doctors about what is *right*. This knowledge would be the "ethical values". This work pretends to describe these values as an expression of the moral act of formulating the diagnosis of "potential donor", which diagnosis should be sufficiently certain to persuade physicians about the *rightness* of this recognition.

[1] El presente trabajo es una síntesis de la tesis realizada por el autor para obtener el título de Magister en Ética Biomédica que otorga el Instituto de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina y que fue aprobada en diciembre de 2011.

INTRODUCCIÓN

Los trasplantes son una gran conquista de la ciencia al servicio del hombre, y no son pocos los que en nuestros días sobreviven gracias al trasplante de un órgano. La técnica de los trasplantes es un instrumento cada vez más apto para alcanzar la primera finalidad de la medicina: el servicio a la vida humana. [2] El trasplante es un procedimiento médico que consiste en extraer un órgano (o parte de un órgano) que pertenece a un sujeto vivo o muerto, para ser implantado en otro individuo con sus funciones limitadas. [3]

Desde tiempos remotos, el trasplante ha sido un sueño muy acariciado por el hombre. En la literatura mística, el relato de los santos Cosme y Damián recoge la utilización de un miembro de un esclavo etíope para tratar de sanar a un noble, pero tuvieron que pasar siglos para que estas ideas se convirtieran en realidad. [4]

La era moderna del trasplante comienza en los años cincuenta del siglo pasado, con el descubrimiento del sistema mayor de histocompatibilidad y, junto con ella, el desarrollo de la inmunosupresión; avances que también modificaron la ética del trasplante.

Hasta los años cincuenta, el problema ético que se planteaba era el de extraer un órgano de un sujeto vivo y sano para trasplantarlo a otro, y así salvar su vida. Lo que hoy parece un problema menor, era para entonces considerado como el delito de la mutilación. [5] El trasplante inicialmente fue limitado a órganos pares (riñón), extraídos de sujetos vivos y consanguíneamente relacionados, situación ésta que en cierta manera evitaba las posibilidades del comercio de órganos.

El cadáver humano entendido como fuente de órganos para trasplantes

El concepto predominante en la cultura occidental (con excepción de Estados

[2] Cfr. JUAN PABLO II, *Discurso con ocasión del XVIII Congreso Internacional de la Sociedad de Trasplantes*, Roma, 29/08/2000 [en línea], disponible en: <http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp_ii_spe_20000829_transplants_sp.html> [consulta: 27/05/2010].

[3] INCUCAI-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, *Donación de órganos y tejidos para trasplantes. Documento para la formación y el debate con los docentes*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2008, p. 11.

[4] MARMOL SOÑORA, A., "Trasplante de órganos", en *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, Bogotá, UNESCO-Universidad Nacional de Colombia, 2008, p. 237.

[5] GRACIA, D., "Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética", *Nefrología*, 21, 4 (2001), pp. 13-29.

Unidos y Australia) es que sobre el cuerpo humano o sus partes, no se aplican normas de propiedad, y no le pertenece a nadie, de la misma manera que lo puede ser un objeto. [6]

Basado en la experiencia de la donación de sangre, la donación voluntaria del órgano se instituyó como mecanismo de consecución del mismo. Esta concepción interpretaba al órgano como un regalo y su donación reforzaba la idea de unidad, solidaridad y sentido de colectividad. [7] La teoría de la donación iba adquiriendo justificativo moral, pero tenía que llegar 1968, cuando la Escuela Médica de Harvard [8] expuso sus criterios para normatizar el diagnóstico de "coma irreversible". Acorde a esta situación, los cuerpos y órganos de los comatosos irreversibles (muerte clínica, muerte cerebral o encefálica) podían ser de gran utilidad en investigaciones, como los trasplantes, evitándose discusiones éticas generadas por la utilización de donantes vivos. Uno

de los objetivos de la normatización de Harvard fue, además de definir la muerte, el de resolver el despilfarro de recursos en tratamientos innecesarios para individuos muertos. [9]

No cabe duda de que el momento fundacional fue la propuesta de un nuevo diagnóstico, capaz de presentarse antes de la parada cardíaca y desconocido hasta entonces: la muerte encefálica. Fue así como la pérdida irreversible de la funcionalidad de las estructuras cerebrales pasaron a definir al fallecido y a permitir el retiro de las medidas de soporte vital. [10] La tecnología hacía posible identificar la muerte desde sus inicios y, a la vez, comenzaba un nuevo modo de donación: la donación del cadáver.

Algunas de las cuestiones que nos plantean los trasplantes

Además, los trasplantes plantean cuestiones asociadas al significado de la

[6] KREIS, H., "The Question of Organ Procurement: Beyond Charity", *Nephrol Dial Transplant*, 20 (2005), pp. 1303-1306.

[7] CASTILLEJO CUÉLLAR, A., "En la coyuntura entre la antropología y el trasplante de órganos humanos: tendencias, conceptos y agendas", *Antípoda*, 6 (2008), pp. 215-243.

[8] AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL, "A definition of irreversible coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death", *JAMA*, (1968), pp. 205-337.

[9] GRACIA, D., "Trasplante de órganos...", op. cit.

[10] Se usará la definición del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (1999) que entiende por soporte vital a "toda técnica o tratamiento que aplicado al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida" [en línea], disponible en: <http://www.sati.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=146>, [consulta: 20/08/2011]. El soporte vital es cuasi exclusivo de las salas de cuidados críticos o intensivos (UTI) que incluyen: los Departamentos de Emergencia, Unidades de Terapia Intensiva y/o Coronarias y Salas de Operaciones.

muerte, la identidad humana, las fronteras entre los individuos y las especies, las diferencias entre naturaleza y cultura. Los trasplantes dicen mucho sobre nosotros mismos, revelan valores culturales que asignamos al cuerpo, cuestionando muchas asunciones generalizadas sobre la relación entre cuerpo e identidad personal; cuestiones todas ellas de marcado carácter ético. [11] Esto es, de juicios sobre lo bueno y lo malo, lo correcto e incorrecto, que no necesitan de fundamentación, pues son tan ineludibles como la vida misma. [12]

Sgreccia (2009) nos explica que valor ético [13] es todo aquello que permite dar significado a la vida humana, que está asociado al concepto de vida que se posea, y expresa una estrecha relación entre la antropología y la ética. La realidad humana fuera de los hechos, también está constituida por valores, y no solamente los que nos han llegado desde el idioma de las finanzas –como los económicos– basados en la utilidad o conveniencia; sino por valores culturales, espirituales, religiosos y morales. Los valores

morales son específicos de los hombres (varón o mujer), perfeccionan sus acciones, los conducen hacia el ideal del bien. [14] La bondad, el amor al prójimo, la solidaridad, el respeto a la vida, la tolerancia, la generosidad, la justicia, la fortaleza, la perseverancia, la responsabilidad, la compasión, el compartir y muchos otros más, son todos ejemplos de valores morales. Ellos son primeramente conocidos, para luego poder ser descubiertos, aceptados o rechazados.

El hombre se da cuenta de que los valores que, desde el punto de vista objetivo le aportan más, deben también costarle mucho más desde su subjetividad. No es por eso difícil aceptar el razonamiento según el cual el problema del valor se debe plantear desde el punto de vista del sujeto: aquellos que cuestan más son también ciertamente valores superiores. [15] Cimentar los valores desde lo subjetivo, los expone a las mismas modificaciones que recaen sobre el sujeto o sobre el tiempo, abriéndole paso al relativismo moral. Es por esto, que los valores morales deben fundamentarse en la realidad objetiva de

[11] MARTÍNEZ, K., "Algunos aspectos éticos de la donación y el trasplante", *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 29, 2 (2006), pp. 15-24.

[12] GRACIA, D., "Prólogo" en FERRER, J., y ÁLVAREZ, J., *Para fundamental la bioética*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas-Desclée De Brouwer, 2005.

[13] En el transcurso de este trabajo se utilizará como referencia esta interpretación de "valor ético".

[14] Cfr. SGRECCIA, E., *Manual de Bioética. Fundamento y Ética Biomédica*, Madrid, BAC, 2009, pp. 201-207.

[15] Cfr. WOJTYŁA, K., *Mi visión del hombre. Trilogía inédita*, Madrid, Palabra, 2005, p. 79.

la persona, en una estructura inmune a los cambios del sujeto y del tiempo.

Los valores morales objetivos no cambian, lo que se modifica es la conciencia que se tiene del valor, su relación, la jerarquía que se le da. Los valores requieren que sean validados por el sujeto, y que éste los reconozca como un medio para darle sentido a su vida, para su autorrealización; de ahí que ellos tienen razón de ser solo para el hombre y sin éste no existirían. Un valor se llena de un contenido real, en tanto y en cuanto concuerde con la capacidad perceptivo-valorativa, que está inscripta en la persona. La realidad se transforma en valor cuando adopta el carácter de bondad y corresponde con el ser y la vida de la persona. Si bien los valores se presentan intuitivamente, su justificación es obra de la razón, del intelecto; más allá de las notas afectivas y apreciaciones emotivas espontáneas con que están cargados los valores, requieren de una verificación en el plano real y racional. La práctica de los valores se inscribe en la plena realización de la vida de todo ser humano en armonía con la vida de los demás, [16] en la transcripción del

código impreso en la esencia misma del ser, y que no es otra cosa que la expresión de la participación de la ley eterna en la creatura racional (*participatio legis aeternae in creatura rationali*). [17]

PLANTEO Y FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

Las indicaciones médicas del trasplante de órganos continúan expandiéndose, y nuevos retos tendrán que enfrentar los profesionales médicos, en especial en lo concerniente al número de órganos necesarios y al número de donantes requeridos para satisfacer la demanda. [18] La carencia de órganos, común denominador en los sistemas de salud, ha sido el gran desafío de los mecanismos de procuración; y diferentes políticas sanitarias se han adoptado para resolver este dramático problema social. El sentido de ellas es suplir las demandas de órganos capaces de sobrevivir en el cuerpo del receptor.

Condición *sine qua non* para extraer un órgano de un donante cadavérico [19]

[16] Cfr. SGRECCIA, E., *Manual de Bioética...*, op. cit.

[17] Cfr. SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologica*, I-II, q. 91, a. 2, ad.

[18] BOURESSA, G. y O' MARA, R., "Ethical Dilemmas in Organ Procurement and Donation", *Crit Care Nurs Q*, 10, 2 (1987), pp. 37-47.

[19] Toda persona mayor de 18 años de edad, que haya manifestado su voluntad de donar sus órganos y/o tejidos, puede ser donante de órganos. Si la decisión se deja por escrito, se llama "donante expreso". Aquel que se convierte en donante de órganos y tejidos luego de su fallecimiento se llama "donante cadavérico", en: INCUCAI-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, *Manual de la Comisión de Selección y Mantenimiento del Donante de Órganos*, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Buenos Aires, 2005.

a corazón batiente (aún latiendo) es que se haya diagnosticado la muerte encefálica. [20] De comprobarse ésta, las personas así fallecidas en unidades de cuidados intensivos pasarían a ser considerados "potenciales donantes". [21] No hay trasplante sin procuración, de ahí la importancia de la misma.

El problema de la procuración del órgano

La procuración de órganos constituye una actividad interdisciplinaria, cuyo objetivo es detectar potenciales donantes. En la Argentina, estas actividades son ejecutadas a través del Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos, en marcha desde 2003, que tiene entre sus funciones aumentar el número de órganos procurados, optimizando la calidad y la utilización de los mismos, y detectar el

100% de los pacientes con muerte encefálica. [22]

La procuración de órganos es el primer eslabón de una cadena de acciones complejas y coordinadas. Se inicia con la llamada telefónica que deberá realizar el médico ante la sospecha de cualquier potencial donante de órganos. Esta comunicación da por activado el "operativo de procuración". El operativo está compuesto por una logística diversa, ordenada sistemáticamente y coordinada en todas sus etapas. Suele extenderse entre 18 a 20 horas aproximadamente. En el desarrollo de un operativo llegan a intervenir, en forma simultánea, equipos de hasta 150 profesionales especializados, desde distintos lugares físicos. [23]

La persistente carencia de órganos, el incremento de los pacientes en las listas

[20] Es cuando, por métodos clínicos e instrumentales, se verifica el cese irreversible de todas las funciones encefálicas, aunque exista actividad cardio-circulatoria. También se la llama "muerte bajo criterios neurológicos", en: INCUCAI, SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA, SOCIEDAD ARGENTINA DE TRASPLANTES, ASOCIACIÓN ARGENTINA DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRASPLANTE, *Procurar para curar. Manual de Mantenimiento del Potencial Donante a Corazón Batiente*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2009. La muerte encefálica se diagnostica en pacientes internados en salas de cuidados críticos o intensivos y con ventilación mecánica (respirador artificial). En el Art. 23 de la Ley 24.193 (de Trasplante de Órganos y Tejidos), República Argentina (1993); actualizada por Ley 26.066 (2005) están consignados los criterios para identificar a una persona fallecida.

[21] Son personas que fallecen en UTI en situación de muerte encefálica y que no presentan ninguna contraindicación médica ni legal para la donación de órganos y tejidos. En: INCUCAI-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, *Manual...*, op. cit. En la actualidad, con la vigencia del donante con corazón parado (no pulsátil), este concepto puede extenderse a personas que fallecen fuera de las UTI siempre que existan condiciones organizativas para efectuar este tipo de operativos.

[22] INCUCAI-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, *Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos* [en línea], disponible en: <http://www.incucai.gov.ar/docs/otros_documentos/programa_federal.pdf> [consulta: 19/08/2010].

[23] INCUCAI-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, *Pasos operativos* [en línea], disponible en: <<http://www.incucai.gov.ar/profesionales/pasos.jsp>> [consulta: 19/09/2010].

de espera y la mortalidad injusta de las personas que aguardan la donación como un regalo de vida, han motivado la búsqueda de alternativas que aumenten las posibilidades de potenciales donantes. Las principales opciones sugeridas son: alternativas legales al consentimiento, incentivos económicos, expansión de los criterios de donantes, y la educación. Las tres primeras apuntan a una resolución rápida del problema, sin embargo, su ventaja médica, así como la aceptación ética de cada una de ellas, es materia de discusión. [24] Otras propuestas para adquirir partes del cuerpo por vía diferente a la donación como la venta, el abandono o la expropiación [25] también encierran una controvertida licitud ética.

Ciertas dificultades para establecer el diagnóstico de muerte encefálica

La dificultad de identificar un potencial donante por parte del equipo médico es, junto a la negativa familiar, una de las dos más grandes barreras para la obtención de un órgano. [26] La identificación se hará entre aquellos pacientes con daño

cerebral severo y que muy probablemente evolucionen a la muerte encefálica, de ahí que el diagnóstico de esta última es imprescindible.

En el año 2004, profesionales del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) realizaron un estudio en el que participaron 90 hospitales de todas las provincias argentinas. Este estudio reveló que en la Ciudad de Buenos Aires el 9% de los enfermos ingresados a las Terapias Intensivas presentaban coma asociada a alteraciones de estructuras cerebrales. Esta patología presentaba una alta tasa de mortalidad (72%), en el 56% se diagnosticó la muerte por paro cardíaco, y en el 44% se lo hizo en forma precoz, es decir, luego de la muerte encefálica. La relación entre el diagnóstico de muerte encefálica y paro cardíaco –según este estudio– fue de 1 a 1, en tanto que reportes internacionales la ubican en 4 a 1. Los autores, asumiendo que la mayoría de los pacientes podrían morir por muerte cerebral, concluyen que esta relación refleja la ausencia del soporte respiratorio o hemodinámico. [27]

[24] CANTAROVICH, F., "Educational Proposals for Promoting a Culture of Donating Organs", *Transplantation*, 88, 75 (2009), pp. S153-S158.

[25] CHILDRESS, J., "Ethical Criteria for Procuring and Distributing Organs for Transplantation", *Journal of Health Policy and Law*, 14, 1 (1989), pp. 378-385.

[26] HOBEIKA, M.; SIMON, R.; MALIK, R.; PACTER, L.; FRANGOS, S.; BHOLATO, O.; y col.; "U.S. Surgeon and Medical Student Attitudes Toward Organ Donation", *Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care*, 67, 2 (2009), pp. 372-375.

[27] BUSTOS, J.; PREVIGLIANO, I.; SORATTI, C.; "Programa de Registro y Seguimiento de Glasgow 7, Epidemiología y Resultados en las Unidades de Terapia Intensivas Argentinas" [en línea], disponible en: <http://www.incucai.gov.ar/docs/trabajos/resumen_glasgow_7.pdf> [consulta: 25/08/2010].

En un estudio realizado en un hospital de la ciudad de Buenos Aires, Gherardi y col. (2006) encontraron que solo el 4,7% de los fallecidos presentaron el diagnóstico de muerte encefálica, correspondiéndole al resto el diagnóstico de paro cardíaco, y estableciéndose una proporción de 1 a 19. Esta investigación sugiere indagar la percepción moral del *permitir morir* que, confundido con el *dejar morir*, es interpretado como un proceder inconveniente en nuestra sociedad. [28]

La realidad nacional que estas investigaciones describen no parecería ser distante a lo reportado por Persson y col. (1995) cuando preguntó a médicos de países bálticos si la muerte encefálica y el paro cardíaco eran el mismo estado, es decir la muerte del paciente, y un 45% de los profesionales le respondieron que "no". [29]

La muerte encefálica dentro del proceso de morir

A la destrucción irrecuperable de las estructuras encefálicas se la conoce como

muerte encefálica y constituye "la muerte del individuo". [30] Esta sentencia entiende que la vida humana requiere de múltiples funciones reguladas y coordinadas desde el centro integrador que es el cerebro. Sin embargo, fue necesario el progreso de la medicina para llegar a esta formulación.

El corazón fue el único órgano que definió a la persona viva hasta los años 50 del siglo XX. En sus postrimerías, Wertheimer y col. (1959), y posteriormente Mollaret, Goulon y equipo (1960), describieron un grupo de pacientes que se encontraban con asistencia respiratoria mecánica y habían perdido las funciones vitales, aunque conservaban latidos cardíacos. [31] Este síndrome, que lo llamaron *coma dépassé* (coma pasada o sin posibilidad de retorno), [32] consistió en una situación clínica verificada en todas las UTI y con igual pronóstico: supervivencia cero absoluto. Luego de la instauración del *coma dépassé*, a pesar de los medios más exquisitos de mantenimiento, inexorablemente seguía la asistolia. [33]

[28] GHERARDI, C.; CHAVES, M.; CAPDEVILLA, A.; TAVELLA, M.; SARQUIS, S.; IRRAZABAL, C.; "La muerte en un servicio de terapia intensiva. Influencia de la abstención y retiro del soporte vital", *Medicina (Buenos Aires)*, 66 (2006), pp. 237-241.

[29] CANTAROVICH, F, "Educational...", op. cit.

[30] INCUCAI-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, "Certificación de muerte" [en línea], disponible en: <<http://www.incucai.gov.ar/profesionales/pasos/certificacion.jsp>> [consulta: 19/09/2010].

[30] MACHADO, C., "The First Organ Transplant from a Brain-dead Donor", *Neurology*, 64 (2005), pp. 1938-1942.

[32] MOLLARE, P. y GOULON, M., "Le come dépassé", *Rev Neurol*, 101 (1959), pp. 3-15.

[33] Ausencia completa de actividad eléctrica del miocardio, registrada a través del electrocardiograma.

Ésta se caracterizaba por no responder a medidas de resucitación cardiopulmonar avanzadas, y podía ocurrir a continuación del coma, luego de varias horas, infrecuentemente varios días, con excepcionales duraciones superiores a una semana.[34] El desarrollo de los cuidados intensivos permitió entender que se podía estar muerto aunque el corazón continuara latiendo.

El diagnóstico de muerte encefálica es una consecuencia de los tiempos modernos. Puede llevarse a cabo en pacientes internados en las UTI e intervenidos con sofisticados aparatos que modifican el proceso de morir. [35] Los aparatos modernos permiten conservar el cuerpo tibio, con color, pulso, expansión torácica, e incluso diuresis. Quedó atrás la frialdad, palidez, ausencia de respiración y latidos; o el *rigor mortis*, que la milenaria historia de la humanidad asoció con el cadáver.

Breve reseña del actual debate en torno a la formulación de la muerte encefálica

En la bibliografía médica perdura un vivo debate sobre el diagnóstico de muerte encefálica como el que, desde sus inicios, generaran los primeros criterios de la Escuela de Medicina de Harvard, enunciados a partir de la observación de pacientes en coma irreversible. [36] Se expondrá a continuación una muestra de esta multidisciplinaria controversia en torno al reconocimiento del fallecido a partir de hallazgos neurológicos.

Según Machado (2002), toda formulación sobre la muerte debería constar de: una definición, el sustrato anátomo-fisiológico y las pruebas confirmatorias. Estima que la polémica sobre la muerte encefálica gira en torno a tres corrientes conceptuales: a) las que la definen como la muerte de "todo" [37] el encéfalo, b)

[34] LÓPEZ-NAVIDAD, A., "Historia de la actitud y conducta en la obtención y extracción de órganos y tejidos para trasplante", en LÓPEZ-NAVIDAD, A.; KULISEVSKY, J.; CABALLERO, F.; *El donante de órganos y tejidos: evaluación y manejo*, Barcelona, Springer-Verlag Ibérica, 1997, p. 4.

[35] Coincido con Halevy y Brody (1993) en la negativa de considerar a la muerte como un evento abrupto. Sin embargo, no comparto la propuesta de identificar criterios graduales del morir que respondan a la optimización de recursos hospitalarios, o a la utilidad de los órganos extraídos para trasplante. Considero que los médicos, cuando certificamos la muerte de una persona, nos limitamos a testimoniar, por medio de algún signo sensible o empírico, sobre lo que ya aconteció.

[36] AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL, "A definition...", op. cit.

[37] Bernat y col. (1991, 1992, 1998) estiman que hay ciertas funciones que hacen que el organismo se integre como un "todo". Estas son: respiración, regulación de la temperatura, homeostasis de fluidos y electrolitos, conciencia, búsqueda de alimentos, conducta sexual, regulación neuroendocrina y control autonómico, en MACHADO, C., "¿Defendemos una visión encefálica de la muerte?", *Rev Neurol*, 35, 4 (2002), pp. 387-396.

como la muerte del tronco encefálico y c) las formulaciones neocorticales de la muerte. [38] Este investigador ha definido la muerte como "pérdida irreversible de la conciencia como la función más importante del organismo, encargada de proveer atributos humanos esenciales y del más alto nivel de control, dentro de la jerarquía de funciones integradores del organismo". A su vez, enfatiza que "la conciencia no tiene una relación sencilla, uno a uno, con estructuras encefálicas superiores e inferiores, porque su sustrato físico se basa en la anatomía y fisiología a través de todo el encéfalo". [39]

Permanecen pendientes las explicaciones sobre las ondas en el EEG [40] pese al daño irreversible del cerebro, la persistencia de funciones hipotalámicas neuroendocrinas, el control autonómico, cuántas y cuáles neuronas deben de dejar de funcionar para que se pierda el "todo", la activa-

ción cortical inespecífica al aplicar estimulación cerebral profunda en pacientes con daño irreversible del tronco encefálico, la supervivencia somática. [41] Asimismo, no hay método certero para diagnosticar la ausencia permanente de funciones cognitivas y afectivas que confirme que los pacientes en estado vegetativo permanente estarían muertos, ni de demostrar la ausencia absoluta de pensamiento subjetivo, ni de los mecanismos que expliquen las inesperadas y bien documentadas recuperaciones de la cognición. [42]

Troug (1997) manifiesta que los "argumentos de por qué estos pacientes deben ser considerados muertos nunca han sido suficientemente convincentes". [43] Observa que la formulación está plagada de inconsistencias y contradicciones, fallida en comprender la muerte de manera biológica y filosóficamente coherente; elaborada para satisfacer las nece-

[38] Bartlett y Youngner (1988) proponen que la muerte es la pérdida de lo significativo para la naturaleza de los seres humanos, esto es: la percepción, el pensamiento y la cognición. Piensan que solo las funciones corticales superiores, la conciencia y la cognición definen la vida y la muerte del ser humano. Veatch (1978, 1993) propuso además a la interacción social, enfatizando lo crucialmente significativo para la vida humana: raciocinio, conciencia, identidad personal e interacción social. Este autor considera a la muerte humana como la "pérdida irreversible de la capacidad del organismo para la interacción social". Los que adhieren a esta formulación han dividido funcionalmente el encéfalo en: bajo (tronco encefálico), que controla funciones vegetativas y alto (hemisferios cerebrales, particularmente neocorteza) responsable de la conciencia y la cognición, en MACHADO, C., "¿Defendemos...", op. cit.

[39] MACHADO, C., "¿Defendemos...", op. cit.

[40] Electroencefalograma.

[41] Son aquellos pacientes que, teniendo el diagnóstico de muerte encefálica, no desarrollan irremisiblemente una asistolia cardíaca en horas o días. Esta rara evolución ha sido reportada por autores como Fabro (1982), Parisi y col. (1982), Antonini y col. (1992) y Shewmon (1998), en MACHADO, C., "¿Defendemos ...", op. cit.

[42] Ídem.

[43] TRUOG, R., "Is Time to Abandon Brain Death?", *Hasting Center Report*, (1997), pp. 27-29.

sidades de una fase crucial del desarrollo de la medicina de trasplante. [44] Piensa que se trata de "una construcción social que a menudo es considerada un inmutable fisiológico o un absoluto ético". [45]

Gherardi (2007) entiende que "aún resulta difícil de asumir, que se acepte fácilmente una muerte que no provoque modificaciones corporales visualizables y que todo resulte de la comunicación del resultado de un examen o un test efectuado por un experto". [46] Para Mainetti (2010) habría resistencia en habilitar una muerte tecnológicamente intervenida, socialmente construida y moralmente autónoma. [47]

Desde la filosofía, Singer (1997) sugiere que la "descripción de muerte encefá-

lica que se ha estado ofreciendo hasta ahora se trata de una ficción práctica. Se propuso y aceptó porque permite salvar órganos que, si no, se desperdiciarían y significaría suprimir un tratamiento cuando esté resultando inútil". [48]

En base a lo expuesto uno podría deducir –y no por ello estar acertado– que siendo la muerte encefálica una "ficción práctica" o una "construcción social", no sería necesariamente una realidad objetiva. Esta línea de argumentación, peligrosamente nos conduciría al error de pensar que no habría un "muerto real", sino que alguien es declarado (consensuado vía propuesta y aceptación) o construido como fallecido. De esta manera se eludiría el delito moral [49] de la ablación [50] de un vivo, a la vez que se podría usar su

[44] TRUOG, R. y ROBINSON, W., "Role of Brain Death and the Dead-donor Rule in the Ethics of Organ Transplantation", *Crit Care Med*, 3, 9 (2004), pp. 2391-2396.

[45] TRUOG, R. y ROBINSON, W., "Redefining the Ethical and Legal Foundations of Organ Procurement", [letter], *Crit Care Med*, 32, 5 (2004), p. 1241.

[46] GHERARDI, C., *Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*, Buenos Aires, Biblos, 2007, p. 80.

[47] MAINETTI, J.A., "Ensayo de Biofilosofía" [comunicación personal del autor, 15/07/2010].

[48] SINGER, P., *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, Barcelona, Paidós, 1997, p. 47.

[49] Sin entrar en detalle sobre los diferentes usos de la palabra moral, diré que la acepción que he utilizado guarda relación con los valores éticos tal como ya fueron definidos. Tomo como base los dos significados del vocablo griego *ethos*: el *ἦθος* que identificaba a la disposición fundamental de una persona ante la vida, es decir, la disposición por dejarnos atraer por determinados motivos (o bienes, según Aristóteles) y *ἔθος* traducido como hábito o costumbre a través de los cuales una persona realiza su proyecto de vida. La palabra "moral" se deriva del latín *mos*, más precisamente de su plural *mores*, tomada por Cicerón (*De fato*) para crear el neologismo "*moribus*". Al respecto decía: "Ya que atañe a las costumbres, lo que ellos (los griegos) llaman *éthos*, nosotros solemos llamar a esa parte de la filosofía 'de las *moribus*', pero conviene llamarla 'moral' para que se enriquezca la lengua latina (*quia pertinet ad mores, quod ἦθος illi vocant, nos eam partem philosophiae de moribus appellare solemus, sed decet augentem linguam Latinam nominare moralem*). Ética y moral tienen igual contenido semántico; usarlas indistintamente no es un error, sino jerarquizar la etimología. Cfr. FERRER, J. y ÁLVAREZ, J., *Para...*, op.cit. Esta interpretación no contradice el pensar en la vida moral como la vida humana, tanto social como individual, considerada a la luz de unas normas establecidas en un ambiente dado, en determinada época histórica, y confor-

cuerpo y evitar el desperdicio de órganos. La muerte verdadera sería el paro cardíaco en tanto la encefálica sería solo una ficción, es decir, tendríamos dos tipos de muerte. Si aplicáramos a esta conclusión falaz un análisis de Donadio de Gandolfi (1998), [51] diríamos que los criterios neurológicos que describen al muerto no estarían impresos en la realidad misma de la persona, ya que la persona no sería portadora de una naturaleza propia -que para el caso sería la imposibilidad de vivir con un cerebro incapaz de mantener la integridad del organismo- sino un sujeto temporal, que existe en la medida que éste pueda pensarse como tal. La muerte encefálica pasaría a ser un constructo pragmático que se toma como realidad. El acuerdo social de este constructo posmoderno será suficiente para imprimirle rectitud al acto, puesto que para que éste sea correcto bastarían las buenas intenciones. Así es como lo útil -sinónimo de bueno en la contemporaneidad- imprimiría licitud moral al constructo. La semántica pragmática de la nueva moral utiliza-

rista termina por un lado, negando a la persona como un ser complejo, jerárquico e integrado, y por otro, convalidando el error del constructo.

Sin embargo, Machado (2003) deja claro que la muerte encefálica o cerebral es la muerte del individuo [52] y alude que su identificación fue consecuencia del desarrollo de los cuidados intensivos. Las definiciones y el diagnóstico de muerte basados en manifestaciones cerebrales adquirieron una nueva urgencia debido a la "norma del donante muerto" y a la cirugía de trasplantes, pero no se formularon para su beneficio. Basta acordarse de que los trasplantes de órganos apenas estaban en sus inicios cuando se describió el *coma dépassé*. [53]

Sin ánimo de reducir el debate a dos polos enfrentados, se debe recordar que la muerte de la persona es una sola y consiste en la total desintegración de esa unidad que es la persona misma. Dicho de

me a éstas lo aceptado como bueno o malo. El estudio descriptivo de la vida moral (o moral vivida) corresponde a la ciencia de la moral, pero ésta no define qué es el bien o el mal. Esto le corresponde a la ética (o moral reflexionada) la cual definirá las normas, expresará juicios sobre lo que es bueno o malo y proporcionará los motivos de esos juicios, demostrando por qué es así. A la ética le toca filosofar sobre la moral. Cfr. WOJTYŁA, K, *Mi visión...*, op. cit.

[50] La ablación es una intervención quirúrgica que permite la extracción de los órganos del cuerpo de una persona fallecida; en INCUCAI-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA, *Donación...*, op. cit.

[51] Cfr. DONADIO MAGGI DE GANDOLFI, M.C., "La nueva moral", *Sapientia*, 53 (1998), pp. 57-71.

[52] Comulgo con los argumentos de Machado que sustentan que la pérdida irreversible de la capacidad y contenido de la conciencia -en tanto proveedora de los atributos humanos esenciales, del más alto control funcional, e integradora del organismo- no es otra cosa que la muerte de la persona.

[53] MACHADO, C., "A Definition of Human Death should not be Related to Organ Transplants", *J Med Ethics*, 29 (2003), pp. 201-202.

otro modo, es la separación del principio vital de la realidad corpórea. Ninguna técnica científica o método empírico puede identificar directamente la muerte de la persona. Los signos biológicos ciertos, que la medicina ha aprendido a reconocer con mayor precisión, son solo para reafirmar que la persona ha muerto realmente. Nada justifica que se los entienda como determinantes del "momento exacto" de la muerte de una persona. [54]

La concepción antropológica de la muerte analiza complejas nociones asociadas a la existencia de la persona, que exceden el mero campo biológico y con las que, a la medicina en soledad, probablemente le resulte difícil de lidiar. El profesional médico que tenga la responsabilidad de certificar la muerte, podrá servirse del método que las ciencias biológicas le propongan -entre ellos los criterios neurológicos- en la medida que su juicio ético le confiera la certeza moral necesaria para saber que su conclusión ha sido correcta. [55]

La ley en su rol de estímulo para la procuración de órganos

La sospecha de un paciente en muerte encefálica deberá -por Ley 24.193- ser

comunicada a los organismos de procuración, por los médicos de las UTI, dándose por iniciado el proceso de procuración. No hacerlo a tiempo, sería infringir la norma y perder el momento de diagnosticar la muerte encefálica. Los procesos asociados a la muerte biológica acorde a sus leyes -que son naturales- conducirán a la parada cardíaca. Para entonces, en la mayoría de los casos (no se incluye el trasplante de órganos a corazón parado), se habrá perdido la posibilidad de salvar la vida de una o más personas que requieran trasplante de órgano y/o tejidos.

Bouressa y O'Mara (1987) informan que ya en 1986, la Asociación Americana de Hospitales, advertía -a propósito de la reglamentación sobre trasplante- que "algunas de estas nuevas leyes han creado resistencia, principalmente entre los médicos, quienes las ven como otra intromisión del Estado en la relación médico-paciente. Ellos consideran que, a menos que la familia inicie la discusión, esto es una invasión a la privacidad". [56]

Pérez San Gregorio y col. (1993) reportan que la ley española sobre Extracción y Trasplante de Órganos se ha limitado en su alcance por su aplicación incompleta debido, entre otras cosas, a la solicitud

[54] Cfr. JUAN PABLO II, *Discurso...*, op. cit.

[55] Ídem.

[56] BOURESSA, G. y O' MARA, R., "Ethical Dilemas...", op. cit.

del permiso familiar, acción que no se alude en dicha ley. [57] Las normas escritas tampoco cosechan muchos frutos en nuestras latitudes; así lo dejó ver una investigación realizada por Cabezas y col. que incluyó 13 hospitales porteños, y en la que se demostró que en dos años (2003-2005) de implementación del subprograma de Denuncia Obligatoria de Óbitos, se llegó a comunicar solo el 25% de los pacientes fallecidos. [58]

No es propósito de este estudio averiguar el motivo de las diferentes interpretaciones hechas a la ley, pero una impresión *a priori* sería que los instrumentos legales parecerían haber modificado en poco las actitudes de los profesionales con respecto a la procuración.

La demanda social como modulador de la procuración de órganos

La conveniencia social es otro fenómeno que induce un sesgo por el cual las personas tienden a contestar según lo que la sociedad espera que ellas contesten ante cuestiones de impacto moral o ético. Cuando la sociedad aborda la temática de los trasplantes, son recibidas con mayor beneplácito las expresiones a favor de la donación, lo cual genera cierta presión moral sobre las personas (el equipo de salud) para que éstos respondan según lo socialmente deseable. [59]

Esto parecería explicar los resultados de una encuesta (2008) realizada en una pequeña comunidad de médicos, enferme-

[57] PÉREZ SAN GREGORIO, M.; DOMÍNGUEZ ROLDÁN, J.; MURILLO CABEZAS, F.; NÚÑEZ ROLDÁN, A.; "Factores sociales y psicológicos que influyen en la donación de órganos", *Psicothema*, 5, 2 (1993), pp. 241-253.

[58] CABEZAS, V.; CAPURRO ROBLES, D.; FARIÑA, A.; GNISCI, B.; "Evaluación de la procuración de tejidos por el Programa Buenos Aires Trasplante, desde la implementación del Subprograma de Denuncia obligatoria de Óbitos. Secretaría de Salud del GCBA" [resumen], *Actas del 3^{er} Congreso Argentino de AAPROTT*, 17-18 Nov 2005, Mar del Plata (Argentina) [en línea], disponible en: <<http://www.aaprott.org.ar/trabajos%20congreso/Procuraci%F3n%20de%20Tejidos/3.htm>> [consulta: 15/10/2010].

[59] SCHAEFFNER, E.; WINDISCH, W.; FREIDEL, K.; BREITENFELDT, K.; WINKELMAYER, W.; "Knowledge and Attitude Regarding Organ Donation among Medical Students and Physicians", *Transplantation*, 77, 11 (2004), pp 1714-1718.

ros y estudiantes de medicina de la Ciudad de Buenos Aires, en la cual los médicos presentaban alta tasa de adhesión a la donación y se mostraban interesados en ser donantes, sin embargo el 87,5% no lo había expresado en el D.N.I. [60] O los resultados que un par de años antes revelara un estudio a nivel nacional del INCUCAI (2004) entre el personal de salud de áreas quirúrgicas, donde el 58,1% de los entrevistados se mostraran "de acuerdo pero con dudas" frente a la donación, y a su vez un 20% de los mismos confundiera la muerte encefálica con el estado vegetativo. [61]

Un estudio realizado por Cantarovich (2005) reportó que el 82% de los médicos entrevistados creía que con el tiempo la educación inducirá a la gente a aceptar el uso de las partes del cuerpo, luego de la muerte, como parte de un contrato social, basado en el conocimiento y la comprensión. [62]

Al parecer, todo confirmaría lo anteriormente expresado: que lo correcto de la acción se legitimaría conforme a la sociedad y no al objeto (es decir a la naturaleza) del mismo acto.

EL TRABAJO DE CAMPO

La necesidad de la presente investigación

Investigaciones llevadas a cabo en territorio nacional han analizado el tema desde la perspectiva de la aceptación de la donación en la población en general, [63] pero en la bibliografía consultada no se encontró información sobre el pensamiento médico frente a la temática de donación y trasplante, tal como lo expresan estudios sobre la actitud de los profesionales frente al tema, en países como Alemania, España, EE.UU., India o Turquía. [64]

[60] ARCIERI, S.; DE JANON, L.; CHIAPPERO, G.; ARISTA, M.; VASTA, L.; CABEZAS, V.; y col; "Una encuesta como herramienta para conocer sobre decisiones relacionadas con la donación de órganos en una comunidad educativa/asistencial (informe preliminar)" [resumen], *Medicina Intensiva* (Argentina), 25, 4 (2008), p. 44.

[61] ALLENO, S., "Actitud del personal de área quirúrgica hacia la donación de órganos" en INCUCAI-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA [en línea], disponible en: <http://www.incucai.gov.ar/docs/trabajos/poster_alleno_aaprott_04.pdf>, [consulta: 10/10/2010].

[62] CANTAROVICH, F., "Influence of Socioeconomic and Ethical Factors on People's Behaviour Regarding the Use of Cadaveric Organs", *Transplantation Proceeding*, 37 (2005), pp. 539-542.

[63] CECCHETTO, S., "Identidad personal y trasplante de órganos", *Persona y Bioética*, 6, 17 (2002), pp. 12-23.

[64] HOBEIKA, M.; SIMON, R.; MALIK, R.; PACTER, L.; FRANGOS, S.; BHOLATO, O.; y col.; "U.S. Surgeon...", op. cit.

La actitud de los equipos médicos con respecto a las cuestiones relacionadas con la muerte y la donación de órganos puede hacer la diferencia entre la aceptación o la negativa familiar, por cuanto son el enlace más crítico en la procuración de órganos y las primeras personas en establecer contacto con la familia del potencial donante. [65] Algunos estudios sugieren que la actitud favorable del profesional hacia la donación de órganos puede influenciar positivamente en la familia del potencial donante a la hora de decidir el consentimiento. [66] De ahí lo decisivo de la intervención del médico en el proceso de la donación post mortem de órganos.

La bibliografía nacional se hace eco de una realidad que exigüamente identifica a potenciales donantes cadavéricos. Tampoco abunda la referencia acerca de la actitud de los médicos intensivistas frente a actividades de procuración. Por todo esto, suena razonable formularse interrogantes como: ¿habrá alguna razón para que un profesional omita cumplir con su obligación moral y legal?, ¿es dudosa la legitimidad de un acto legal?, el estudiante de medicina ¿tuvo formación

en valores en su etapa universitaria? o ¿bastarán para la vida profesional los valores que tenía previo al ingreso a la carrera?, los médicos ¿compartirán los mismos temores sobre los trasplantes de órganos que el resto de la sociedad?, y finalmente ¿será que por debajo de obstáculos logísticos subyacen cuestionamientos éticos?

La pregunta de la investigación: ¿de qué depende que la identificación de potenciales donantes se la considere "correcta"?

Cuando hablamos de ejecutar acciones correctas, no hay que olvidar que las mismas pueden ser obstaculizadas si es que hay dudas acerca de su bondad. No escapa a este razonamiento la identificación del posible donante. Por ello, vale preguntarse: ¿quién define que identificación de potenciales donantes de órganos se trate de algo "correcto"? Serán acaso:

- a) ¿La intención del médico?
- b) ¿Las circunstancias socio-sanitarias?
- c) ¿La misma naturaleza de la procuración?

[65] CANTAROVICH, F., "Educational...", op. cit.

[66] SCHAEFFNER, E.; WINDISCH, W.; FREIDEL, K.; BREITENFELDT, K.; WINKELMAYER, W.; "Knowledge and Attitude...", op. cit.

Antes de responder, deberemos analizar el juicio prudencial [67] que ejecuta el médico, previo a la decisión de iniciar el operativo de procuración. También importa conocer la actitud con la que el profesional enfrenta el cambio de paciente activo a "potencial donante". Ello implica comenzar a ver el cadáver como bien útil y a la vez escaso, el cual ayudaría a miles de enfermos en lista de espera. Una práctica, sin dudas, éticamente correcta y necesaria.

Objetivo general

Indagar sobre la influencia de valores éticos en la identificación de un posible donante cadavérico de órganos.

Objetivos específicos

1. Establecer los valores éticos en juego en el momento de la comunicación del posible donante y en relación, básicamente, a la defensa de la vida, respeto de la historia personal, el consentimiento informado, la determinación exacta de la muerte, la solidaridad de la donación y el ejercicio de libertad con responsabilidad.

2. Conocer el significado que los médicos le otorgan al cuerpo (vivo o muerto) y su relación con la persona.

3. Averiguar si la demanda social legítima la identificación del posible donante de órganos.

4. Precisar la formación ética que recibieron los profesionales, e identificar el grado de adhesión a programas de educación en Bioética.

La hipótesis de trabajo

Se trabajó con la idea de que habría nociones de naturaleza distinta a los saberes técnico-operativos, que entrarían en juego a la hora que el médico intensivista tuviese que identificar al potencial donante cadavérico.

El método

Cuando la mirada del investigador se dirige a problemas en el ámbito de la salud en su dimensión social o cultural, los modos de análisis basados en la estadística (cuantitativos) se quedan casi siempre

[67] Es la reflexión sobre la moralidad de la acción. El juicio prudencial consiste en conocer prudencialmente a la verdad moral, que la voluntad apetece, antes de que ésta se convierta en un bien. Así es como se excluyen las opciones injustas o deshonestas porque suponen violación de normas morales específicas. Se entiende como prudencia a una facultad del conocimiento práctico que consiste en aplicar la recta razón al obrar. Cfr. SANTO TOMÁS DE AQUINO, *S. Th.*, II-II, q. 47.

estrechos y comienza la búsqueda de instrumentos metodológicos más flexibles y apropiados. Entonces, la investigación se abre a un espacio multidisciplinario que convoca a profesionales de las más diversas disciplinas (médicos, enfermeros, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc.), lo cual, lejos de ser un inconveniente, aporta una gran riqueza en el producto logrado. [68] Para ello, nos valdremos de la metodología cualitativa [69] [70] que expande el entendimiento sobre los tipos de experiencias, creencias o actitudes existentes. [71]

El presente estudio se trató de una investigación prospectiva de naturaleza cualitativa. [72] [73] El universo estudiado fueron los médicos de áreas críticas que efectuaban el proceso de identificación del potencial donante de órganos, en una institución de categoría I A (hospital general con UTI, Neurocirugía 24 hs y Centro de Referencia Zonal o Regional) según la clasificación del Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como lugar físico de la

investigación fueron seleccionadas las UTI y la Unidad de Reanimación y Shock (SRS) del Hospital General de Agudos "Donación Francisco Santojanni", el que cumplimentaba las características institucionales requeridas.

Los profesionales que accedieron a participar lo hicieron en forma completamente voluntaria y gratuita, quedando en todo momento claro que se trataba de una investigación individual, que constituía parte de la tesis final aprobatoria del autor, para la Maestría en Ética Biomédica del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

La investigación se inició explicando con detalle el carácter, fines y alcances de la misma. Se les pidió que autorizasen su intervención por medio de un consentimiento informado. Los que estuvieron de acuerdo fueron invitados a participar de una entrevista semi-estructurada en la que varios ítems (ver Anexo al final) sirvieron de guía y que no insumió más de 60 minutos en cada caso.

[68] AMEZCUA, M. y GÁLVEZ TORO, A., "Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta", *Revista Española de Salud Pública*, 76 (2002), pp. 423-436.

[69] ANGUERA ARGILAGA, M., "La investigación cualitativa", *Educación*, 10 (1986), pp. 23-50.

[70] MARTÍNEZ, M., "La investigación cualitativa (síntesis conceptual)", *Revista IIPSI de Facultad de Psicología, UNMSM*, 9, 1 (2006), pp. 123-143.

[71] TAYLOR, H.; HULL, S.; KASS, N.; "Qualitative Methods", Chapter 12, en SUGARMAN, J. y SULMASY, D., *Methods in Medical Ethics*, Washington D.C., Georgetown University Press, 2010, pp. 193-214.

[72] CASAS MARTÍNEZ, M., "Introducción a la metodología de la investigación en bioética: sugerencias para el desarrollo de un protocolo de investigación cualitativa interdisciplinaria", *Acta Bioética*, 214, 1 (2008), pp. 97-105.

[73] DIETERICH, H., *Nueva guía para la investigación científica*, México, Editorial Planeta Mexicana, 2001, pp. 57-207.

Se consideró una muestra intencional que aprovechó los informantes claves y representó lo mejor posible los subgrupos naturales. El tamaño de la muestra dependió de la saturación informativa y englobó casos confirmantes y desconfirmantes.

Se eligió un abordaje fenomenológico a fin de obtener una narración que permitiera compartir las experiencias descriptas por los participantes del estudio. Los datos fueron recopilados mediante entrevistas en profundidad, [74] quedando abierta la posibilidad de reanudar la entrevista en otro momento. Lo conversado durante las sesiones fue grabado y, a la vez, se tomaron notas de observaciones de campo. Se resguardó el anonimato absoluto mediante la codificación de las entrevistas. Toda la información obtenida fue descartada luego de su procesamiento.

Finalmente los datos fueron sometidos a categorización, estructuración y contrastación, previo al proceso de interpretación y teorización.

RESULTADOS

Características de la muestra

De una población de 28 médicos intensivistas, se tomó una muestra que

representó subgrupos naturales (sexo, edad, años de ejercicio profesional) e incluyó informantes claves. Las entrevistas se ejecutaron durante el mes de febrero de 2011.

La muestra se saturó al llegar a 10 profesionales, número que constituyó el tamaño final. Las características de los participantes fueron: 3 mujeres y 7 varones, con edades entre 37 y 57 años (promedio 46), con antigüedades de ejercicio profesional entre 13 y 31 años (promedio 20). De estado civil casados o divorciados, todos eran padres o madres, que tenían entre 1 a 3 hijos.

Además de ser especialistas en Terapia Intensiva, tenían otras especialidades médicas como Cardiología, Clínica Médica y Medicina Legal. Algunos tenían formación en Cuidados Paliativos, Medicina Estética, Administración Hospitalaria y Psicoanálisis. Cuatro de estos profesionales estaban formados en Procuración de Órganos. Como formación extra médica: 3 habían cursado estudios en Pedagogía (Profesorado Universitario), un tercio realizaba actividades artísticas e incluso uno con preparación académica (Profesorado en Artes Plásticas).

Todos los entrevistados estaban o estuvieron afectados a tareas de identi-

[74] TAYLOR, S., y BOGDAN, R., *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós, 1987, pp. 100-133.

cación de pacientes potenciales donantes de órganos. Hubo quien además desempeñaba tareas de conducción hospitalaria y quienes trabajaban como procuradores de órganos para la jurisdicción local del INCUCAI.

La mayoría se definió como católico, hubo un participante judío y otro que se definió como no adherente a creencia religiosa.

Ninguno de los médicos había pasado por una situación personal relacionada con la donación o el trasplante de órganos.

Se ejecutó una entrevista por cada médico, que se llevó a cabo en sus respectivos lugares de trabajo. Se buscaron sitios apartados con el fin de generar un ambiente tranquilo que permita la reflexión y estimule la transmisión de la mayor cantidad de representaciones posibles del sujeto. A pedido de un participante, una de las entrevistas se desarrolló en un café frente al hospital. No hubo ninguna negativa a la participación en el estudio ni tampoco ningún profesional se expresó incómodo con la entrevista.

Las preguntas se presentaron según el orden del cuestionario guía, sin que esto haya impedido que el entrevistado tuviese la libertad para profundizar sobre

temas conexos u otros aspectos relacionados con su actividad en la detección de potenciales donantes. Todo lo conversado fue grabado para luego proceder a la grabación manual de los registros y, al mismo tiempo, al análisis hermenéutico de los testimonios.

Las respuestas obtenidas fueron clasificadas en categorías determinadas en consonancia con los objetivos del estudio, el marco teórico y el análisis de los datos obtenidos.

Exposición de los resultados según categorías

Una vez reunido el material, su lectura y análisis permitió establecer las siguientes categorías:

1. Antropología médica;
2. Antropología filosófica;
3. La donación de órganos para trasplante como bien moral;
4. La educación en valores recibida por los profesionales médicos.

Las categorías 1, 2 y 3, fueron subcategorizadas como sigue:

VIDA Y ÉTICA

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
1) Antropología médica	La relación médico-paciente/familia	
	La relación entre el médico y su paciente recientemente fallecido	
	El estado de ánimo del médico y su influencia en la responsabilidad profesional	
	El médico frente a la demanda social	
	El médico como emergente del sistema de salud	
2) Antropología filosófica	La identificación de la muerte	
	El cuerpo	Concepto de cuerpo
		Disponibilidad del cadáver
		Uso del cadáver
		El valor del cadáver
3) La donación de órganos para trasplante como bien moral	Enfoques generales sobre la donación	
	El posicionamiento del médico ante la donación de órganos	
	La influencia del médico donante en la identificación del posible donante cadavérico	
4) La educación en valores recibida por los profesionales médicos		

Los resultados se expusieron agrupados en categorías y sub-categorías; a su vez, se acompañaron de algunos testimonios a manera de ejemplo de las respuestas obtenidas, tal como fueron expresadas por los entrevistados.

1) Antropología médica

Téngase en cuenta que el acto médico está inmerso en una relación entre dos

personas: la que posee el conocimiento y la que porta la enfermedad. Se trata de un vínculo entre pares que paradójicamente incluye desigualdad.

Von Weizsäcker (1927) consideraba que el médico compartía la enfermedad de su paciente de modo virtual. Esto se debía a la prolongación existencial que hacía que la patología, la reflexión diagnóstica y la terapéutica, se repitieran y

expandieran en él y viviera la enfermedad como un nosotros. [75]

Lain Entralgo reinterpretó esta visión como la *camaradería* surgida entre dos compañeros de viaje transitando el camino de la vida, pero además le aportó calor de *amor*. Lain (1983) concibió la relación médico-paciente con rasgo *erótico* porque anhelaba la perfección del mundo y del yo; *agápico*, por ser efusiva hacia alguien capaz de perfeccionarse y filial, por el afecto fraternal. [76]

Para la Medicina Crítica, la relación se inicia en el momento en que el médico toma contacto con una persona gravemente enferma: alguien quien por alteración o falla de uno o más órganos/sistemas, su sobrevivencia dependerá de avanzada terapéutica e instrumentos de monitoreo. [77] La mayoría de los pacientes que se convertirán en potenciales donantes suelen ser adultos jóvenes, previamente sanos, que recibieron una injuria aguda (traumática o metabólica) y son atendidos por médicos en las guardias de las salas de Reanimación y Shock o en las UTI.

El inicio súbito de la enfermedad y la rápida progresión a una situación con riesgo inminente de vida restringe la relación médico-paciente a un contacto primerizo y de brevísimo tiempo. Este escenario, por lo general, propicia el desconocimiento de la historia de vida del enfermo. El estado de inconsciencia, frecuentemente asociado a la gravedad, [78] exige que la relación se canalice por medio de terceras personas [79] (si las hay), lo que significa que, además de interponer un sujeto externo, se extienda hacia éstos la relación, y se presuponga la veracidad de la información ofrecida. El testimonio familiar es a veces la única vía de conocer la antropología de la persona críticamente enferma.

De tal suerte, esta categoría de la investigación incluyó todas las interpretaciones que los médicos participantes hicieron sobre la relación con su paciente, ya sea en momentos en que éste corría riesgo de vida, o incluso después de perderla; punto a partir del cual se lo miraría como un posible donante cadavérico de órganos y tejidos. El sentido de la categoría fue agrupar las respuestas asociadas

[75] ORRIINGER, N.A., "La antropología médica de Pedro Lain Entralgo: historia y teoría", *Ars Medica*, 2 (2008), pp. 190-205.

[76] Ídem.

[77] WAYDHAYS, C., "Intrahospital Transport of Critically ill Patients", *Crit Care*, 3, 5 (1999), pp. R83-R89.

[78] Un paciente grave puede estar inconsciente por el severo daño sufrido en el cerebro, como consecuencia de la injuria sobre todo el organismo, o por el uso del coma farmacológico como parte del tratamiento.

[79] Hago referencia a una relación médico-paciente adulto, y no pediátrica.

con los valores de defensa de la vida, el respeto de la historia personal y el papel legitimador de la demanda social.

a) La relación médico-paciente / familia

Debido a que la inconsciencia impone la necesidad de interactuar con terceras personas, los participantes consideraron que cuando se habla de relación médico-paciente, ésta se la debe extender a la familia:

"En el paciente grave también hay que involucrarse con la familia".

"En la relación con la familia me interesa saber quién es, sus vínculos, los antecedentes y comenzar a hilvanar la historia de él [paciente], con lo que le está sucediendo".

La mirada de los médicos sobre el paciente fue diversa. Entre las identificadas estaba aquella que veía al enfermo como una entidad nosológica, donde importaba la enfermedad expresada a través del cuerpo del sujeto:

"Cada paciente es una misma enfermedad, que si bien tiene cosas en común para definirla y definir el diagnóstico, se expresa diferente, con diferentes puntos de un paciente a otro".

"El paciente es un sujeto a quien le está pasando algo, que tiene una enfermedad, y que uno va a tratar, en lo posible, de solucionar".

Otros veían un cuerpo por donde se expresaba el alma enferma:

"Su enfermedad se expresa a través de él, porque su cuerpo me lo dice. En realidad yo tengo la convicción de que es el alma la que se enferma y se expresa en el cuerpo".

Hubo quienes consideraron que al paciente se lo mira de acuerdo al tiempo de instauración de los síntomas, en lo agudo es una enfermedad expresada en un sujeto, en cambio en lo crónico es un sujeto enfermo:

"Una cosa es un accidente de tránsito, donde la persona está perfecta, con cuerpo y psiquis normal y de golpe tiene una situación traumática. En otras oportunidades pasa que tengo un paciente que viene de una enfermedad crónica, ahí se da lo de sujeto enfermo. En cambio el primer ejemplo es una enfermedad expresada, pues ella no dependerá de su naturaleza psíquica, ni física".

El nivel de gravedad parece modificar la relación con el médico. Ante lo agudamente grave la relación médico-paciente sería "algorítmica y deshumanizada", permitiendo aprovechar mejor el tiempo para la asistencia:

"Con el paciente me involucro en forma algorítmica, en función de lo que necesite y requiera para intentar salvaguardar su integridad física [...]. El algoritmo no contempla la parte humana [...] en el paciente agudo. Cuando ves

el costado humano podés perder tiempo, que en ese momento es oro".

Para otros, la gravedad imprimiría una exigencia diferente al médico, acrecentando su esmero y el control de posibles errores: [80]

"Trato de ser lo más profesional posible. Pienso que si está grave y en estado crítico, necesita mi mayor atención, tratando de ser prolija, ordenada, de no pasar nada por alto, sí, metódica y prolija".

Los matices de la relación médico-paciente estarían asociados con la comunicación (diálogos) posible, antes de la inconsciencia:

"Me involucro de manera profunda, sobre todo con la gente muy joven o con gente que haya estado lúcida y yo, de alguna manera, me haya enganchado con su forma de ser, como cualquier relación humana".

Asimismo, la juventud y condiciones del enfermo crítico intensificarían la unión médico-paciente. Mientras más inesperado sea el riesgo de vida, mayor sería el estrés del trabajo:

"Una joven embarazada que está shockada (sic), perdió el útero y se está por morir me estresa más que cuando es algo más predecible que se vaya a morir".

Se escucharon diferentes opiniones con respecto a los límites entre los sujetos actores de esta relación. Para unos no habría restricciones:

"Trato de agotar todos los medios [...], el día de mañana se verá, pero no pongo límites. Es un sujeto enfermo".

O aparecerían ante el riesgo de involucramiento sentimental, ya sea porque el profesional se vería reflejado en su paciente, o llegara a concebir al enfermo en su integridad:

[80] El error médico es el daño no intencionado que el médico puede ocasionar en el ejercicio de la profesión. Para Agrest (2006, 2008) "el error en medicina es expresión de un acto médico equivocado que puede estar a cargo del médico, de sus auxiliares o de la organización que sustenta esa actividad médica", en AGREST, A., "La seguridad del paciente amenazada por el error", *Seguridad del Paciente y Error en medicina*, Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina, junio 2008 [en línea] disponible en: <<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/editorial37.pdf>>, [consulta: 20/08/2011]. Agrest entiende que el error tiene "tres fuentes principales, una el simple azar que se entretiene en crear situaciones inesperadas, la otra es la ignorancia personal o institucional y la tercera la irresponsabilidad"; a su vez advierte que cuando el profesional se encuentra dentro de un sistema de atención donde es solo "un engranaje", el error "supera la ignorancia del médico" y con frecuencia es "producto del sistema, por desorganización u omisiones de controles que impedirían que el error se convirtiera en daño", en AGREST, A., "El conocimiento y el Error Médico", Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina, abril 2006, [en línea] disponible en: <<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/editorial16.pdf>>, [consulta: 20/08/2011].

"Las historias de vida compartidas entre el médico y paciente, el haber vivenciado cosas similares; eso sí te puede llevar a que vos tengas una 'sensación de espejo' con el paciente ¡ahí es cuando más te jode! (sic) y ponés el límite".

Otros vieron al límite como una frontera móvil que podría ser traspasada:

"Hay situaciones donde yo necesito pasar esos límites y abrazar a la persona, tener un contacto más directo, sentarme, darle mi tiempo, escucharlos, hablar de cosas banales, porque ayuda a cortar el hielo y contener la situación".

b) La relación entre el médico y su paciente recientemente fallecido

Luego de horas de trabajo, habiéndose agotado los esfuerzos y a sabiendas de que el daño cerebral parecería irreversible, no queda más que admitir lo inútil de continuar con el tratamiento y "permitir morir". Entonces el profesional aparta de su razonamiento médico toda certidumbre de recuperación y, cambiando su objetivo, decide acompañar a su paciente a fallecer.

Incluso allí, cuando la persona acaba de apagarse (o ya lo hizo con antelación) la medicina no pierde posibilidad de servir a

la vida humana. Si las condiciones técnicas no lo contraindican, ese cadáver podrá ser un potencial donante de órganos. [81] El punto de partida es reconocer que quien necesitó de tanto empeño, ha fallecido.

En este estudio se quiso identificar las características de la relación nacida del encuentro del médico con la muerte de su paciente.

Para alguno de los entrevistados la vida sería un "todo continuo", [82] sin transición entre estar vivo o estar muerto. Esta idea no ve a "un muerto" sino a un nuevo tipo de paciente capaz de mantener la continuidad de la vida:

"Cuando hay muerte cerebral, se trata que ese paciente dé vida a otra gente [...]. No hay transición, es un paciente vivo, a quien hay que tratar de hacerlo vivir, darle todo lo posible [...], y después pasa a ser otra clase de paciente que debe salvar la vida a los otros [...], mantener la continuidad de la vida".

Otros definieron esta situación como el momento de reconocer que el fallecimiento es la evolución propia de la enfermedad, y no la consecuencia del fracaso de los esfuerzos médicos:

[81] El "potencial" o "posible" donante son sinónimos.

[82] El entrevistado considera que "con todo paciente se hace el máximo -que es tratar de salvarlo-; y cuando tiene muerte cerebral se continúa haciendo el máximo, que es tratar de que él dé vida a otra gente, porque es una obligación moral". Es una mirada hacia la vida como en permanente continuidad.

"El 99% es por llegar a un estadio irreversible de la enfermedad de base. Puede ocurrir que se haya demorado la cirugía de un aneurisma cerebral y por eso entró en muerte cerebral, pero no es lo más frecuente".

O experimentaron sentimientos en relación a su propia muerte:

"Siento lástima porque generalmente son casos violentos [...], muy violentos de un minuto al otro [...]; uno piensa que le puede pasar a uno, a cualquiera de la familia".

Lo que hace pensar que el impacto de la muerte podría estar relacionado con la identificación personal del médico con la situación del paciente:

"La historia de uno o de un familiar se puede ver reflejada [...]. Tuve un paciente quemado; laburante, bonachón, se preocupó de salvar los autos que tenía en el taller [...], se quemó el 90% del cuerpo [...]; se terminó muriendo, y pensar que lo recibí hablando. Vos hacés todo según el algoritmo, pero te pega un poco".

Y comunicar la mala noticia de la muerte generaba preocupación, particularmente por la reacción de la familia ante la misma:

"Pienso en la receptividad que podría tener la familia con respecto a la información de que esa persona enferma ya dejó de serlo".

c) El estado de ánimo del médico y su influencia en la responsabilidad profesional

Las características del paciente crítico y las extenuantes condiciones de trabajo hacen a los médicos intensivistas más propensos de sufrir estrés laboral. Freudenberg (1974) fue pionero en describir un síndrome de "agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás". Maslach (1976) definió inicialmente este estado -denominado "burnout" [83]- como "un estrés crónico producido por el contacto con los clientes, que lleva a los profesionales a la extenuación y al distanciamiento emocional en su trabajo". Años después (1981) lo conceptualizó como "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal", [84] y es tal como se lo conoce hoy en día. Una investigación realizada entre profesionales de un hospital polivalente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) encontró que el 16,8% de los profesionales médicos pade-

[83] Síndrome de Burnout también llamado de *cabeza quemada*.

[84] MORENO JIMÉNEZ, B.; ROCIO, B., MATAALLANA, A.; MIRALLES, T.; "La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso", *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 13, 2 (1997), pp. 187-207.

cían de este síndrome. [85] La repercusión del cansancio psíquico en los actos profesionales desafía las fronteras de la responsabilidad médica, en particular si consideramos a prácticas de evidente trascendencia moral como lo son diferenciar entre la vida y la muerte, decidir cuándo un cuerpo sería donante de órganos, o pensar en salvarle la vida a un tercero desconocido.

Lejos de detectar el "burnout" en los profesionales participantes, esta investigación tuvo como objetivo identificar algún registro de posibles influencias de los estados emocionales sobre el trabajo (o viceversa), más precisamente sobre la comunicación al organismo de procuración de un potencial donante.

Siguen las respuestas: hubo quienes opinaron que identificar, comunicar y favorecer las actividades de donación y trasplante sería un incentivo para paliar la insatisfacción para con la especialidad:

"Si uno detecta el paciente y lo notifica, y eso termina en trasplante exitoso, uno se siente mejor. Influye para bien, en que se detecte más".

Y que la procuración [86] y ablación de órganos serían acciones dignificantes del médico:

"Para el profesional es un acto de gran dignidad, aunque sé que hay quienes no lo piensan así, pero es una lástima".

Otros que el cansancio emocional y físico, unido al descreimiento en los trasplantes, justificarían eludir la responsabilidad de comunicar potenciales donantes:

"El cansancio te hace decir: '¡me parece que no va!, ya llamé tres veces y no podía venir el equipo de guardia, llamé cinco veces en el último mes y no vinieron, si total me van a decir que no'".

Como consecuencia del cansancio, el médico creería ahorrarse un conflicto al evadir la comunicación del potencial donante:

"... me parece que no comunican [los posibles donantes] para evitar conflictos y complicaciones, para evitar tener que hablar con la familia de cosas molestas".

[85] ZALDÚA, G.; LODIEU, M.T.; KOLODITZKY, D.; "La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la C.A.B.A.", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19, 4 (2000), pp. 167-172.

[86] El proceso de trasplantes de órganos cadavéricos consta de los siguientes pasos: identificación del posible (o potencial) donante, la comunicación a los organismos de procuración, el diagnóstico de muerte, el mantenimiento del cadáver, la entrevista familiar que tratará de evitar la negativa a la donación, la distribución de los órganos, la ablación, el traslado y la implantación del órgano en un receptor.

Ya que para algunos la comunicación implicaría más trabajo:

"Es una cuestión más práctica, pues saben que se les ocuparía una cama. [87] Otras veces pasa que les molesta las cosas que pide la gente de procuración". [88]

La actividad de procuración de órganos no sería lo suficientemente satisfactoria, ni capaz de cubrir con las expectativas profesionales:

"...antes, pensar en un operativo [de trasplante] era una gran cosa; y luego decís '¡la verdad es que esto me queda corto, para lo que yo esperaba y lo que es!'. Esto es variable, no hay respuesta tajante como bueno o malo, creo que depende del momento en que a uno lo agarra".

Los conocimientos del médico parecerían ser vistos como un obstáculo en la comunicación del potencial donante:

"El médico no comunica por una cuestión de instrucción, y luego por presunción. Instrucción

porque no se termina de instruir a la gente [...] y presunción porque uno presume qué es lo que va servir o no, ya sabe de antemano los diagnósticos que hay de rechazo y adopta ese diagnóstico y no lo denuncia". [89]

Algunos pensaban que la situación anímica del médico no influiría en su rendimiento, puesto que el profesional debería cumplir con su deber:

"Es continuidad de la tarea médica [...]; el trabajo con esa persona no termina con su muerte, ahí empieza el trabajo de otros [...]. Termina mi función, pero no termina la función del potencial donante".

"No me opongo ni rechazo el tema del trasplante en determinadas circunstancias. Que no esté de acuerdo no significa que no me lo tenga que plantear en lo profesional en forma adecuada".

Y por último, aquellos que pensaron que el ánimo del médico sería un factor influyente en la atención del paciente vivo, pero no en la detección del potencial

[87] La cama que queda libre luego del fallecimiento del enfermo suele ser ocupada con celeridad. En circunstancias en que el médico intensivista trabaja ininterrumpidamente durante 24 horas, un nuevo paciente crítico significaría tensión y exigencias.

[88] El equipo de procuración cuenta entre sus profesionales con un intensivista, que se hará cargo del mantenimiento del cadáver. El médico de la institución hospitalaria servirá de nexo entre el equipo externo de procuración y el personal de la instalación sanitaria, no quedando completamente desafectado del caso.

[89] El verbo "denunciar" es el utilizado por la Ley 24.193 para referirse a "comunicar" la existencia de un potencial donante. Al respecto, el Art. 26 de la mencionada ley dice: "Todo médico que mediante comprobaciones idóneas tomare conocimiento de la verificación en un paciente de los signos descriptos en el artículo 23 está obligado a **denunciar** el hecho". Ley 24.193 (de Trasplante de Órganos y Tejidos), República Argentina (1993); actualizada por Ley 26.066 (2005).

donante, puesto que se trataría de un cadáver:

"Si me pasaran todas esas cosas, a lo mejor atendería mal al paciente, pero no para la detección de un potencial donante [...]. Puedo estar cansado, renegar, pero si tiene la clínica de muerte cerebral ¡vamos y llamamos!".

d) El médico frente a la demanda social

Unánimemente, los entrevistados expresaron que la sociedad piensa que al profesional le quedaron cosas por hacer, cuando no considera las limitaciones impuestas por la naturaleza (gravedad) de los enfermos y condicionadas por las posibilidades de la práctica médica.

"La sociedad espera mucho más de lo que podemos realmente hacer. Sabemos que un montón de enfermedades no las podés tratar o faltan medios, y ellos esperan que los salves".

Esa demanda social, definida por algunos como presión, sería difícil de contrarrestar. Por lo tanto, el médico estaría imposibilitado de ir en contra de lo que la sociedad espera de él:

"El médico no puede estar chocando permanentemente con lo que es socialmente esperable de su función".

Inclusive, la sociedad obligaría al médico a que proceda de determinada manera:

"Este es un contexto en que todos tenemos que facilitar y promover el trasplante de órganos [...]; que esté o no de acuerdo, es un problema más personal".

El hacer más de lo que corresponde sería una manera en la que el médico cedería ante la presión social:

"Ante la presión yo tiendo a sobreactuar, a hacer de más".

Algunos consideraron que ante la presión social, el médico debería ofrecer determinados medios, con carácter básico y obligatorio:

"El médico no debe hacer lo que la sociedad exige, porque las circunstancias son cambiantes. Hay una plataforma que obligadamente debe llevar a cabo [...], hay obligación de medios y no de fines".

En tanto que para otros una opción sería buscar el consenso entre la postura del médico y la demanda social. De no concretarse el mismo, el profesional debería retirarse y traspasar el caso a otro médico:

"Trato de consensuar dentro de lo que es mi pensamiento y lo que se espera".

"Si no lo puedo manejar, lo paso a otro profesional, cambio el caso y me abro".

También se manifestó que la postura del médico debería ser prioritaria, por ser correcta y necesaria para el enfermo:

"Doy prioridad a lo que considero correcto".

"Hago lo que necesitan los enfermos, no lo que necesita la sociedad".

e) El médico como emergente del sistema de salud

El médico actúa dentro de un sistema sanitario. Sofisticados estudios por imágenes, cirugías de urgencia y toda la complejidad de la medicina moderna hacen que el acto médico dependa cada vez más de la infraestructura a disposición. Es trabajo del médico intensivista comunicar la mala noticia de la muerte y además plantear la donación. Todo esto en momentos en que la familia apenas ha tomado contacto con su tragedia.

La investigación apuntó a recolectar las opiniones de los participantes que, inmersos en un contexto socio-sanitario, abordan a la familia y transmiten información incómoda y desagradable.

Se expresó la idea de que la habilidad para comunicar la noticia de la muerte y

plantear la donación no generaría agresión de la familia:

"Uno tiene que buscar una forma de comunicar que permita dialogar. Claro que hay gente agresiva, pero no me pasó".

Y que la mala evolución del paciente sería sospechada primero y constatada después por los familiares, por lo que la noticia de la muerte no los tomaría en forma desprevenida:

"Si se le ha hablado previamente a la familia, no hay problema. La muerte encefálica y la donación de órganos no es algo abrupto, se trata de pacientes con lesiones graves y uno sabe cómo esto va a terminar".

Para otros, el médico actual habría perdido el respeto que inspiraba en épocas pasadas:

"Lo que me han enseñado, o lo que uno veía desde la casa cuando esperaba a un médico, era ¡el médico!, se le tenía más respeto [...]. Ahora cualquiera puede venir y maltratarte, pisotearte, decirte cualquier cosa y pensar que tiene derecho".

Este cambio de relación médico-sociedad generaría temor a ser agredido al comunicar la noticia de la muerte y solicitar la donación:

"No temí [...], me agredieron. La gran mayoría de los casos es porque el problema viene de antes".

"Me han contestado mal muchas veces que he planteado la posibilidad de donación de órganos, gente que contestó con ira, desprecio y vio mal la actitud".

En especial cuando hubiese la sospecha de que la muerte encefálica fuese consecuencia del inadecuado tratamiento del paciente, debido a lo cual se vería obstaculizada la donación:

"Muchas veces se llega tarde al diagnóstico de muerte encefálica. Se llega cuando hay deterioro del resto de los órganos".

Circunstancias todas que generarían argumentos para quienes piensan que el médico recibe recompensas por identificar un potencial donante:

"Cuando uno plantea la donación, piensan que va a haber un premio por la misma".

2) Antropología filosófica

Cuestiones como ¿qué es el hombre? ¿de dónde venimos y hacia dónde vamos? ¿cómo estamos insertos en el contexto de la realidad? y otros interrogantes sobre la naturaleza del ente viviente, traspasadas por la luz natural de la razón, demandan respuestas a la Antropología filosófica.

Así, la muerte como parte de la vida del hombre, la existencia de una realidad no física en la persona, el cuerpo como su

parte física y la disposición del cadáver humano, como si se tratase de un patrimonio, son aspectos que se abordaron en esta parte de las entrevistas.

Los temas a tratar guardan relación con el respeto de la historia personal, la consecución del consentimiento informado, la determinación exacta de la muerte, el ejercicio de la libertad con responsabilidad y el significado de la persona desde la corporeidad.

a) La identificación de la muerte

Hubo quien opinó que la muerte no es un asunto que deban tratar los médicos:

"No sé si me tengo que plantear cosas sobre los cadáveres, yo trabajo sobre los vivos, no trabajo con los cadáveres...Una vez que pasó el límite de vivo a muerto, yo no me puedo hacer cargo".

Algunos la asociaron con una percepción clínica de compleja precisión y difícil explicación:

"Me es difícil describirlo, es algo que uno percibe. Uno tiene la percepción de que una persona está muerta más allá del aparato".

Otros la definieron como el fin de la existencia de la persona que se produce luego del cese de funciones cerebrales:

"Cuando ya su cerebro no funciona, para mí es un cadáver, porque lo veo como a una persona sin cabeza".

O como una realidad definida por la ley:

"La muerte la marca la muerte (sic). Tenemos parámetros legales para decir definitivamente que una persona está muerta".

También se expresó la idea de que la muerte se diagnostica no solo con parámetros, sino también con la recepción de la familia: [90]

"Están los parámetros y la familia. Así como hay tiempos para establecer la muerte, hay tiempos para que la familia vaya entendiendo".

Así como expresaron que habría distintos tipos de muerte, "una cerebral y otra general" y sus diferencias estarían determinadas por la necesidad práctica:

"Si va a ser donante, es lógico que se haga la ablación, la desconexión y la muerte general, además de la muerte cerebral".

De la misma manera, la muerte sería un proceso marcado por dos momentos: uno legal y otro práctico: [91]

"La muerte tiene un momento legal, cuando me firman el acta de defunción, y el otro es cuando empiezo el mantenimiento del cuerpo [...]; sí, dos momentos".

Así también manifestaron que la muerte encefálica sería uno de esos dos momentos. Para diagnosticarla parecería que la percepción clínica es suficientemente convincente:

"Para mí, si cumple con esta parte clínica, ¡está muerto!"

"Sin hacer todos los estudios puedo decir que este paciente no se va a recuperar, ya está muerto".

En tanto que para la mayoría, la certeza del diagnóstico se basa en métodos objetivos, aplicados por profesionales con experiencia y conforme a la ley:

"Voy a confiar en la persona que hizo bien las cosas, pero tiene que depender de que la otra

[90] Entre los médicos intensivistas, con frecuencia decimos que el paciente está muerto para la familia solo después de que ésta comience a llorarlo.

[91] Cuando se diagnostica la muerte bajo criterios neurológicos (muerte encefálica) la hora del deceso es la hora en la que se obtuvo el primer electroencefalograma "plano" (sin actividad de la corteza cerebral). La ablación de órganos y el retiro de la ventilación mecánica (o respirador artificial) recién se podría realizar luego de obtener el segundo estudio plano; el mismo que se llevará a cabo con 6, 12, 24 o 48 hs. de diferencia con respecto al primero.

persona sea confiable y haga las cosas como tienen que ser".

"La validación del método, los años de uso que tiene y el valor científico que tiene el método me generan confianza"

Estuvieron quienes consideraron que la tecnología no eliminaba la incertidumbre del diagnóstico de muerte encefálica:

"Soy bastante reacio con los pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, nunca los he desconectado, los mantengo con el ventilador mecánico, ¡no me animo a sacárselo!".

Pero a pesar de la desconfianza, no habría otra opción disponible:

"¡Y!... son los elementos que tenemos para poder determinar la muerte cerebral".

Esta investigación no pretendía conocer la opinión sobre el retiro del ventilador mecánico a quienes se les ha hecho el diagnóstico de muerte encefálica; no obstante, algunos médicos espontáneamente hablaron sobre este retiro, opinando que la desconexión sería por ellos percibida como "dejarlo morir" y a la vez una falta de respeto a la familia:

"Me impresiona sacar el ventilador a un paciente con diagnóstico de muerte cerebral. Todavía después de 20 años de médico".

"Es un poco el miedo a la familia a ver qué dice, qué nos dice".

b) El cuerpo

La subcategoría "cuerpo" debió a su vez ser subdividida en: concepto del cuerpo, disponibilidad del cadáver, uso del cadáver y valor del cadáver.

Concepto de cuerpo:

Cecchetto (2002) admite que las personas expresamos vínculos emocionales con nuestra propia corporeidad a través de metáforas (Belk, 1990), o imágenes y representaciones (Le Breton, 1990), que son un constructo físico-socio-cultural poseedor de un valor para otras personas o para sí mismo, inclusive después de muerto. Este autor propone resumir las representaciones en cuatro figuras básicas que son: el cuerpo-máquina, el cuerpo propio o vivido, el cuerpo-jardín y el cuerpo sagrado o inviolable. [92]

[92] El cuerpo-máquina correspondería a una visión reducida y biologicista, propia del dualismo cartesiano. El cuerpo propio o vivido es un "yo" pensado de manera cohesionada con su contracara corporal, que reproduce la relación forma-materia y lo ubica cercano al cuerpo informado por el alma. El cuerpo-jardín y el cuerpo sagrado (o inviolable) son imágenes complementarias de las dos primeras, en CECCHETTO, S., "Identidad personal...", op. cit.

Estudios etnoanatómicos y etnofisiológicos sugieren que las personas tendrían más inclinación para donar y recibir órganos, conforme se identifiquen con una u otra figura. [93] En relación a esto, no resultaría desatinado pensar que el médico pueda favorecer la procuración en consonancia con la idea que tenga del cuerpo.

Por lo tanto, en esta subcategoría se agruparon los significados que los participantes le otorgaron al cuerpo (propio o ajeno).

Hubo quienes coincidieron con el cuerpo propio o vivo:

"El cuerpo es lo vivo, manifiesta, expresa, muestra signos de la forma en que la persona vivió".

Algunos prefirieron generar combinaciones propias, por ejemplo, un cuerpo vivo y a la vez jardín:

"¿Jardín?, no sé si puedo cosechar, pero puedo obtener algo (los órganos) de ese cuerpo en base a cómo ha vivido".

O un cuerpo propio (o vivo) y a la vez máquina:

"El cuerpo tendría que ser no solo una máquina, todo lo vivo también. Tenemos algo de máquina, funcionamos como una máquina, pero el cuerpo es algo más, tiene experiencia".

O un cuerpo sagrado que envase el alma:

"El cuerpo es un envase sagrado porque contiene al alma, el envase es una máquina [...]. El alma está contenida adentro del cuerpo, no sé cómo, pero es uno de los grandes misterios".

O cuerpo como expresión pura del alma:

"El síntoma es la demostración de que hay un desequilibrio adentro de ese cuerpo porque el alma es la que está enferma".

Ciertas respuestas recogieron una mirada panteísta. Por ejemplo la explicación que el cuerpo sagrado está en intercambio continuo con el universo:

"El cuerpo sagrado e inviolable es el universo como un todo en sí, al que hay que tratar de mantenerlo en equilibrio. Si para ello es menester que un cuerpo pase a formar parte de otro cuerpo, entonces eso es lo que se debería hacer".

O que un cuerpo puede convertirse en máquina e intercambiar sustancias con el medio:

[93] Ídem.

"El cuerpo no es una máquina, pero se transforma en una máquina, posible de servir como repuesto cuando deja de tener vida y permitir que el cuerpo por encima de todos, que es el universo, o como lo quieras llamar, siga en equilibrio"

El cadáver fue definido como una realidad física, una realidad no física, o la combinación de ambas. Como realidad física tendría finitud y debería regresar a formar parte de la vida natural:

"Cuando uno se murió, no tenés nada. El cuerpo queda como una estructura que no sirve, no tiene una función".

"Lo que dejó de servir para uno, puede servir para otro, sea un ser humano o un vegetal, puede continuar con el ciclo natural de la vida".

Asimismo se expresó que el planteo de otra realidad, que no sea la física, sería inalcanzable para la ciencia actual, por lo que quedaría para el plano personal:

"Las apreciaciones metafísicas no me las planteo en lo profesional, por ahí sí lo hago en lo personal [...]. En lo profesional tengo que basarme en que es un cadáver, y nada más".

"Creo que dentro de algunos años se va a descubrir que hay otra dimensión, no alcanzable para nuestra ciencia actual".

Disponibilidad del cadáver:

Según los diferentes testimonios, disponer del cadáver habría de hacerse respetando la voluntad del fallecido:

"El cadáver es un cuerpo físico, pero la disponibilidad del mismo tendría que estar en función de lo que había dispuesto en vida esa persona y no usarlo como uno quiera, sino como la persona quería que se lo use".

"Reconociéndole que fue persona, creo que tiene derecho a disponer de su cuerpo como hubiese querido".

Del mismo modo que la persona ejercita el derecho de propiedad sobre su cuerpo, debería disponer sobre su cadáver, de ahí la necesidad de indagar la opinión del fallecido referente a la donación de órganos:

"Es una decisión de cada persona, en su propiedad del cuerpo, independiente de la familia".

Nada -ni siquiera la necesidad de disponer de órganos- justificaría contradecir la opinión del fallecido:

"Podría haber donado y ayudado a otro, pero si él decidió en vida no querer saber nada con la donación, hay que respetarlo".

Sin embargo, se opinó que estar en condiciones de donar y no hacerlo sería percibido como egoísmo:

"Alguien que está en muy buenas condiciones de donar y no lo hace, uno lo respeta, pero parece un acto de egoísmo".

La familia, que conoce los valores del fallecido, también podría decidir sobre el destino del cadáver:

"Se toma en cuenta a la familia, y es creerle (y poner buena voluntad) que te dice la verdad. Supuestamente la familia sabe un poco más de lo que pensaba el muerto".

El disponer que no se toque el cuerpo, fue visto como una manera de reaccionar ante la muerte:

"El disponer libremente del cuerpo no lo permite ni la idiosincrasia social ni el egoísmo de los que quedan. No saber cómo resolver la pérdida conlleva la necesidad imperiosa de mantener a esa persona lo más intacta posible".

También se expresó que el médico era quien tenía la última palabra en la donación:

"La familia influye, pero el que termina decidiendo es el médico".

Y que disponer del cuerpo como cualquier material biológico demandaría de un cambio de mentalidad:

"Hoy día no estamos preparados mentalmente para hacer nada de eso [disponer del cadáver para órganos]. La gente todavía no lo ha interpretado, metabolizado dentro de sus costumbres, su ideología".

Uso del cadáver:

El cadáver podría ser usado con respeto y limitaciones:

"Ese contenedor se va a terminar pudriendo y desapareciendo, se le puede buscar un uso, pero siempre respetando a la persona que fue".

Para algunos quedaba claro que no era una mercancía, y su uso excluía la comercialización. Solo sería posible la donación, fundamentada en la imposibilidad de poner precio a la "sacralidad" de la vida:

"El cuerpo debe ser utilizado para mejorar la calidad o salvar otra vida. Es un acto voluntario y de entrega, no puede ser vendido porque no se puede poner precio a una vida".

Hubo expresiones a favor de la venta del cadáver que serían justificadas por su fin [94]; asimismo, quien sospechó que al

[94] El entrevistado hizo la salvedad de que se refería a un fin asociado a la investigación, estudio o educación.

VIDA Y ÉTICA

cadáver se lo comercializaría en un futuro, y que la única prevención sería la clonación de órganos:

"Me parece que la única forma de evitar la comercialización es la clonación de órganos a partir de la propia gente. Si no, a fines del siglo XXI estarán vendiendo parte de los órganos de la gente".

Uno de los usos del cadáver sería como fuente de órganos para salvar otra vida, un bien útil para usarlo con limitaciones:

"No vale más un cuerpo que otro, pero es un bien útil, a los fines de la humanidad y de la salud en general".

"Es un bien siempre y cuando sea útil para la donación, investigación o enseñanza de procedimientos. Para otras cosas no lo veo como bien útil".

Y como tal, aumentaría la disponibilidad de posibles donantes:

"No me cabe duda que interpretarlo como bien útil aumentaría la cantidad de donantes. En todo el mundo pasa más o menos lo mismo".

Otros consideraron que interpretarlo como bien útil no influiría en la cantidad de posibles donantes:

"Que lo interprete como bien útil no significa que habrá más órganos, podría haber más denuncias".

O que no sería redituable, pues se correría el riesgo de perder potenciales donantes que provendrían de las familias afectadas:

"Si lo interpreto como un bien y hago lo que quiero con el cadáver, en contra de la voluntad familiar, me haría mala fama. Entonces sobre esto (la donación de órganos), que sería bueno, no van a querer saber más nada".

Otras ideas fueron desconocer que el cadáver sea un bien útil:

"Tomar a una persona que está muriendo o a un cadáver como una cosa -útil o no- lo veo como una falta de respeto".

Que su manipulación con fines de donación no sería un ensañamiento:

"No lo veo como un encarnizamiento. Al contrario, trataría de tenerlo lo mejor posible para que ese órgano llegue a la otra persona en el mejor estado".

"Si el mantenimiento se prolonga en exceso y no se logró la ablación, me parece absolutamente terrible, ¡un encarnizamiento!".

Que manipular el cadáver podría ser visto por la familia como un sufrimiento que genera beneficios:

"Lo puedo llegar a ver como sufrimiento para la familia, aunque generalmente piensan que está sirviendo para otra persona".

También que habría condiciones de tipo de origen étnico, religioso y social que impedirían a las familias pensar al cadáver como fuente de órganos, pero no evitarían que el médico plantee la donación:

"Tiene que ver con lo que mucha gente piensa sobre la muerte, si coincide con el concepto de muerte que tienen muchos médicos. Hay comunidades que no creen, no donan, por cuestiones culturales, de educación".

En tanto para otros, basta que haya sido persona para considerarlo potencial donante de órganos:

El valor del cadáver:

El cadáver tiene valor intrínseco dado por la persona que fue, por los órganos que contiene, o por un tercero que suele ser familiar o una estructura que trasciende lo humano, como la ciencia:

"¡Fue una persona!, merece respeto aunque que sea un cadáver que está ahí".

"Tiene un valor en cuanto a ser fuente de órganos; y, con la donación, proseguir con el circuito de vida".

"Me parece que tiene el valor que le da la familia, o la misma persona antes de morir".

"El valor intrínseco es la utilidad que ha adquirido de acuerdo a la ciencia; ésta es una cosa aparte, un más allá de lo humano, ¡nos trasciende!"

3) La donación de órganos para trasplante como bien moral

El "bien" es aquello que genera una tendencia, una atracción. Mientras más resplandeciente y perfecto se muestre el bien, más atracción generará. [95] Sin embargo, la sociedad moderna se cautiva con la idea de que el bien es tal, en tanto satisfaga los deseos del sujeto atraído, y sus consecuencias sean las buscadas por él. Esto reviste al bien de subjetividad y relatividad. La práctica de donar órganos con fines de trasplante se inserta en la sociedad moderna e inmersa en todos análisis posibles del "bien".

El acto médico, al ser un acto humano –en cuanto racional y voluntario–, es al

[95] Cfr. DONADIO MAGGI DE GANDOLFI, M.C., *Amor y bien. Los problemas del amor en Santo Tomás de Aquino*, Buenos Aires, EDUCA, 1999, p. 241.

mismo tiempo un acto moral. Debido a que las acciones de los profesionales están sometidas a su conciencia moral, la identificación del potencial donante y el planteo de la donación pasarán por el juicio prudencial del médico ejecutante. Esto demuestra que los actos médicos dependen, ineludiblemente, de posturas personales que preexisten en el profesional.

Esta parte del estudio hizo énfasis en las opiniones de los participantes en torno al bien moral de donar órganos, así como la predisposición para la detección de potenciales donantes y el planteamiento de la donación. El propósito fue explorar la autodefinición como "médico donante".

Los aspectos que esta categoría agrupa están asociados a los valores de defensa de la vida, solidaridad, ejercicio de la libertad con responsabilidad, respecto a la historia de la persona y consentimiento informado.

a) Enfoques generales sobre la donación

La donación fue vista como la continuidad de dar vida, una ayuda desinteresada a otra persona, la respuesta a una necesidad futura o la búsqueda de reciprocidad:

"Donar es bueno porque continúa dando vida a otra persona, independientemente de la vida tuya que ya terminó, si podés salvarle la vida a otro es tonto no hacerlo".

"Es desinterés absoluto por el órgano que ya no cumple ninguna función en un cuerpo, y puede ser de utilidad en otro cuerpo. La donación es acto de bondad, de dar".

"Creo que hay un interés que es la reciprocidad o el agradecimiento, aunque sea humano, pero hay interés".

"Uno tiene algo de egoísmo que te hace preguntar ¿y si me toca a mí?, ¿me gustaría que me den! (los órganos)".

También fue definida como producto de la aplicación de la ley:

"Más que moral, es legalmente válido".

Acción favorecida por la enseñanza que deja el experimentar una tragedia, o por la eliminación de prejuicios:

"Mucho depende de cómo se asesore o se acompañe a la familia, hacerlo bien genera alivio al momento de la ablación. Si uno se hace entender, la familia aprende, y si aprende puede decidir mejor".

Aunque no podría ser planteada en todos los casos, no es una panacea y exige mucha reflexión:

"Tampoco creo en la fantasía de que la donación de órganos curaría todas las enfermedades crónicas. El trasplante de órganos es una solución en algunos casos, pero solución temporaria al

fin; es cambiar una enfermedad por otra. Tampoco se debería indiscriminadamente hablar de donación y generar falsas expectativas".

b) El posicionamiento del médico ante la donación de órganos

Los participantes solieron concordar con el altruismo de la donación:

"Mis órganos pueden ser trasplantados y colaborar con otra vida humana. Como agente de salud procuro la salud de otro también con la donación de órganos".

Hubo quienes podrían dudar sobre su validez moral:

"No estoy del todo de acuerdo con el trasplante de órganos. Si hay determinados órganos que fallaron, y que van a llevar a la muerte a esa persona, es eso lo que uno tiene que acompañar. A veces hacer un trasplante es prolongar determinadas agonías, y no me resulta tan válido".

Y quienes consideraron que el contexto obligaría al médico a actuar en contra de sus convicciones:

"Tengo determinado concepto en ese sentido, lo podemos discutir racionalmente pero es una cuestión personal, no profesional. Me tengo que abocar a lo que hay que hacer al respecto".

Sería por esto que no es extraño que el médico patrocine la donación y trasplan-

te para un tercero, pero evite pensarlo para sí mismo o sus seres queridos:

"No he pensado en la donación, creo debe ser por lo desagradable del tema, que uno no lo trata. Nunca le pregunté a mi esposa si quería ser donante. Quizá porque uno niega también la muerte de los seres queridos".

c) La influencia del médico donante en la identificación del posible donante cadavérico

La postura del médico frente a la donación influiría sobre el trabajo de preservar los órganos, donde la afinidad convertiría al profesional en promotor de esta práctica:

"Influye en cuanto a la posibilidad de que yo, como un donante, que sabe qué pasa y ve los resultados de eso, trate de mantener que todo [el órgano] llegue en la mejor forma posible, pero no influye en cuanto al trato del cadáver, ni con la familia. Acepto la postura de no donar".

En cambio, lo contrario obstaculizaría la procuración:

"Genero una cierta influencia para definir determinadas cosas y dejar al enfermo en paz, ayudarlo a que sufra o padezca lo menos posible. No necesariamente tengo que estar de acuerdo con lo que marcan determinadas leyes o la actualidad social".

Finalmente hubo quienes se definieron como neutros:

"Trato de ser objetivo, me abstraigo de mis principios".

4) La educación en valores recibida por los profesionales médicos

Serían dos los caminos para incrementar la disponibilidad de órganos para trasplante: uno actuar sobre la población general y el otro ejecutar una política especialmente dirigida al equipo de salud. La falta de información, los sentimientos mezclados y los prejuicios estarían en la base de algunas de las reacciones adversas que los profesionales manifiestan para con la donación. [96]

Molzahn (1997) ha sugerido que ofrecer más formación a los profesionales redundaría en mayor cooperación de la sociedad en asuntos de donación y trasplante. Investigaciones que estudiaron la concientización en estos temas, mostraron una falta de conocimiento público e insuficiente capacitación universitaria de los equipos médicos. [97] Cantarovich (2009) ha considerado necesaria la actividad educativa intensa, estructurada

desde el Estado, las diferentes organizaciones interesadas (asociaciones de trasplantados, ONG), la escuela y la universidad. Tal actividad debería tomarse como misión primordial por parte de las autoridades, que son a fin de cuentas responsables de la salud y la educación. Lo principal a desarrollar sería salvar las deficiencias de formación en todos los niveles educativos. [98]

En esta categoría se alistaron todas las respuestas a las preguntas asociadas a conocimientos generales de Bioética, específicos sobre donación y trasplante, el lugar de adquisición y la adhesión a la propuesta de formarse en el tema.

En general, se opinó que no hubo entrenamiento en Bioética durante los estudios de Medicina (tampoco en forma de educación médica continua), que se desconoce lo que estudia esta disciplina, o que tuviese relación con la donación y trasplante de órganos:

"Campañas para médicos no existen, el mismo médico tiene que buscar, hacer cursos, pero no hay educación al respecto".

"Tengo una idea vaga, no sé con precisión. No he leído mucho de Bioética".

[96] CANTAROVICH, F, "Educational...", op. cit.

[97] MOLZAHN, A.E., "Knowledge and Attitudes of Physicians Regarding Organ Donation", *Ann R Coll Physicians Surg Can*, 30 (1997), pp 374-377.

[98] CANTAROVICH, F, "Educational...", op. cit.

"La Bioética estudia todas estas cuestiones sociales, culturales, espirituales, que tienen que ver con la Medicina".

La ética fue vista como acción y la moral como reflexión:

"La ética es la forma de proceder, ser lo que uno debe ser; la moral, en cambio, tiene aspectos de nuestro yo interior, eso de hacer las cosas como creemos nosotros que corresponde hacerlas".

Tampoco se observó diferenciación entre Deontología médica y Bioética:

"Hay muchos que no tienen ética, y eso genera que sean más comerciantes que médicos".

Se planteó que la Bioética debería ser obligatoria en el posgrado y que sería necesaria para la medicina crítica:

"Todos obligatoriamente tendríamos que pasar por Bioética. Tendría que ser como un posgrado".

Que permite reconocer la existencia de la muerte, reflexionar sobre el buen morir, modificar la omnipotencia médica e invitar al intensivista a un diálogo enriquecedor:

"En la facultad te decían que ibas a curar, a salvar al paciente; y en la realidad hay cosas que uno no puede curar y lo mejor que puede hacer es acompañar en el buen morir".

"Hoy en día es necesaria la Bioética, porque el médico no está preparado para la situación social que ha cambiado; la ética de antes era la de un médico omnipotente, ahora no es más omnipotente, es alguien que trabaja de médico".

"Si se trabajase sobre vivos, sí iría, pero no si se va a trabajar sobre la muerte. Ahí hay un límite poco definido entre la vida y la muerte, donde cae la Bioética. Prefiero hablar de los vivos".

Sin embargo, se advirtió que los comités de Bioética serían incapaces de resolver problemas asistenciales:

"Cuando se mete el comité de Bioética es complicado, sobre todo en el paciente crítico, que tiene muchas cosas distintas. ¡Algún día se enterarán de que no es nada igual, ni su fisiología, ni el metabolismo!".

CONCLUSIONES

1. El médico intensivista abordaría la identificación del cadáver potencial donante de órganos con conceptos personales, por lo general no siempre impartidos en su formación profesional.

2. El fin de defender la vida generaría tensiones en la relación médico-paciente crítico/familia.

3. La relación con la persona gravemente enferma haría necesario el conoci-

VIDA Y ÉTICA

miento de su historia de vida. El diálogo con el paciente o terceros juega un rol preponderante.

4. Habría diferentes visiones sobre la muerte del paciente, en la mayoría de los casos asociadas con vivencias personales del médico.

5. La percepción del paciente fallecido sería el primer signo para diagnosticar la muerte. Su abordaje diagnóstico es complejo y requiere del complemento de la tecnología.

6. La muerte encefálica sería válida, pero su diagnóstico no estaría exento de cuestionamientos.

7. Las representaciones que el médico tiene del cuerpo se verían reflejadas en distintas visiones sobre el cadáver como fuente de órganos.

8. El valor del cadáver sería intrínseco y extrínseco, a usarse con diferentes fines, inclusive comerciales. Se respetaría la condición de haber sido persona y, sobre todo, la voluntad del fallecido. La familia y el médico también participarían de su disposición.

9. La donación de órganos podría incluir reciprocidad, sin embargo no fue unánime la apreciación de la donación como acto moralmente lícito.

10. El estado de ánimo del médico podría influir en la detección del potencial donante.

11. En asuntos de donación, el médico actuaría según su conciencia sin que esté libre de proceder conforme la presión social. El médico no donante obstruiría la donación.

12. El médico padece las ineficiencias del sistema sanitario que entorpecen la procuración de órganos. Las falencias comunicacionales complicarían la relación con la familia del fallecido.

13. Los médicos no disponen de capacitación adecuada en Bioética. Habría entusiasmo en querer formarse en el tema.

14. Los comités de Bioética no fueron vistos como capaces de ayudar a resolver dilemas asistenciales de la medicina crítica.

*Dios Todopoderoso, Tú has creado el cuerpo humano con infinita sabiduría.
Tú has combinado en él diez mil veces,
diez mil órganos,
que actúan sin cesar y armoniosamente para preservar el todo
en su belleza: el cuerpo que es envoltura del alma inmortal.
Trabajan continuamente en perfecto orden, acuerdo y dependencia.
Sin embargo, cuando la fragilidad de la materia*

*o las pasiones desbocadas del alma
trastornan ese orden
o quiebran esa armonía,
entonces unas fuerzas chocan con otras
y el cuerpo se desintegra en el polvo original
del cual proviene... [99]*

REFLEXIONES FINALES

La diversidad ha caracterizado a las miradas en torno a la relación médico-paciente/familia, el significado del cuerpo y la manera de concebirlo como un bien con gran posibilidad de ayuda.

Estos enfoques, aunque limitados por la muestra, expusieron detalles del juicio prudencial de quienes dan el puntapié inicial a la procuración de órganos.

Debo poner acento en la multiplicidad de criterios para explicar la confianza en el diagnóstico de muerte encefálica, la injerencia del médico en la disposición del cadáver, la mercantilización de los cuerpos, la respuesta ante la presión social, y la licitud de los trasplantes de órganos. Tal dispersión de opiniones parecería reflejarse en las dificultades para identificar y comunicar un potencial donante.

Sin ánimo de analizar una relación causa-efecto, ni de ensayar la reflexión de todos los argumentos recolectados, intentaré plantear solo un par de aspectos que, dado los resultados, estimo entorpecen el reconocimiento del cadáver surtidor de órganos.

Tomaré como partida lo sugerido por Hobeika y col. (2009) quienes consideran que uno de los obstáculos para obtener un órgano es la dificultad del equipo médico para identificar al potencial donante. [100] Tratándose de un donante cadavérico, el primer paso será entender que el paciente ha fallecido, lo que significa racionalizar nuestra naturaleza mortal.

Gómez Esteban (2000) advierte que confrontar a la muerte es una problemática que "no suele ser tenida en cuenta durante la formación de la carrera de Medicina, ni durante la especialidad, por ello estas carencias en la formación influirán negativamente cuando el médico tenga que enfrentarse en su quehacer a estas circunstancias humanas, haciéndolas más dolorosas y angustiosas." El médico confronta a la muerte como uno de los acontecimientos más ansiógenos de su profesión. [101]

[99] Fragmento de la plegaria diaria de un médico antes de visitar a sus pacientes, traducida de un manuscrito en hebreo de un médico judío del siglo XII. Traducción por el Dr. Harry Friedenwald publicada en agosto de 1917, en FRIEDENWALD, H., *California State Journal of Medicine*, 16, 1 (1918), p. 51.

[100] HOBEIKA, M.; SIMON, R.; MALIK, R.; PACHTER, L.; FRANGOS, S.; BHOLATO, O.; y col.; "U.S. Surgeon...", op. cit.

[101] GÓMEZ ESTEBAN, R., "Las ansiedades del médico frente a la muerte", *Psiquiatría Pública*, 12, 3 (2000), pp. 247-257.

El evadir el contacto con el paciente recientemente fallecido, ciertas indefiniciones o imprecisiones sobre la muerte y los legalismos extremos observados en este estudio, no serían más que formas de negarle a la muerte un sitio dentro del ciclo de la vida. Del mismo modo la desconecta de sus dimensiones psíquica, social y espiritual, reconociéndole un único aspecto corporal (biológico). Este último en consonancia con lo que el médico ha aprendido en la universidad: el diagnóstico anátomo-clínico, [102] derivado del método cartesiano. [103]

El análisis de las entrevistas sugiere dos situaciones que soslayan el fallecimiento del paciente: una es la resistencia a morirse que impone la tecnología y la otra es la vivencia de la muerte del enfermo como si fuera la del propio médico.

Nelson (2006) considera que vivimos en una sociedad que niega la muerte, lo que se fortalece a medida que avanza la tecnología. Las expectativas en los tratamientos médicos se encuentran sobredimensionadas, especialmente en aquellos

que prolongan la vida. Entre los usuarios del sistema de salud se ha robustecido una especie de derecho que parece extenderse más allá de la salud, hacia la inmortalidad. La inmortalidad es el "imperativo" de las investigaciones biomédicas y de los tratamientos clínicos; es incluso, como diría Callaham (2000), el *deber sagrado* de la medicina moderna. Desde sus inicios, el campo de los cuidados críticos se ha puesto a la vanguardia de esta cultura, ofreciendo las estrategias más sofisticadas para evitar la llegada de la inevitable muerte. Mientras tanto, los intensivistas y otros, han luchado con la sensación de fracaso profesional cuando, a pesar de los más agotadores esfuerzos para salvar vidas, sobreviene la muerte. [104]

Para Byock (2006), a esta percepción tecnológica le corresponde la visión popular de los cuidados críticos como el "pináculo de la corriente principal de la medicina, el epítome de la destreza científica y técnica, la especialidad bien remunerada de los médicos y enfermeras mejor entrenados y técnicamente más cualificados". [105]

[102] GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, A.; DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ, M.; FABRE, O.; CUBERO GONZÁLEZ, A.; "La influencia de Descartes en el desarrollo del método anátomo-clínico", *Neurología*, 25, 6 (2010), pp. 374-377.

[103] DE JANON QUEVEDO, L., "Del sueño cartesiano a la muerte encefálica", *Vida y Ética* (publicación del Instituto de Bioética, UCA), 12, 2, Buenos Aires (diciembre, 2011), pp. 119-143.

[104] NELSON, J.E., "Identifying and Overcoming the Barriers to High Quality Palliative Care in the Intensive Care Unit", *Crit Care Med*, 34, 11 (2006), pp. 324-331.

[105] BYOCK, I., "Improving Palliative Care in Intensive Care Units: Identifying strategies and interventions that work", *Crit Care Med*, 34, 11 (2006), pp. 302-305.

Este trabajo también recolectó opiniones que dejaron traslucir el imperio del enfermo crítico, como único merecedor del esfuerzo profesional y la premura en la atención.

Observo resistencia a la muerte cuando la tecnología olvida el adjetivo "vital" que acompaña a todo soporte, o ejecuta con desmesura técnicas que buscan el "marcador" preciso del morir. Interpreto como resistencia la división de la muerte en "momentos" y su fundamento en la construcción social que desconoce la compleja integración de la persona humana, [106] y pretende alejar a la naturaleza de su participación en el hombre. [107]

Sin embargo, el imperativo tecnológico que abona el enfoque biológico resulta inconsistente y genera angustia en el médico al momento de encarar en soledad a la muerte. Parece difícil discernir que ni el *mecanicismo* sobre el cual la tecnología se apoya, ni los *números* que tanto han cautivado al positivismo, ni técnica *empírica* alguna, son vastos para explicar el único tipo de muerte que existe: la total desintegración de esa unidad

que es la persona misma. No hay argumentos para pensar que los signos biológicos, cuyos detalles la medicina va aprendiendo a reconocer, correspondan al "instante en que se produce la muerte". Ellos sirven solo para comprobar que la persona ya ha fallecido.

Viktor Freiherr Von Weizsäcker (1927) y luego Pedro Laín Entralgo (1983) advirtieron sobre el vínculo médico-paciente en clave de *nosotros*, lo que explicaría las ansiedades intensas que esta relación genera, sobre todo, si no es satisfactoria o hay sufrimiento debido a la enfermedad, en donde la simple comunicación del diagnóstico hace pensar al médico en el dolor que podría ocasionar al paciente o a la familia. Santo Domingo (1976) opina que una gran ansiedad surge cuando el pronóstico presupone la muerte, lo que induce al médico a evitar la relación directa con el enfermo. [108] Estas condiciones se presentan en enfermos graves y sobre todo terminales. [109]

Para la presente investigación, la evasión sería olvidarse de identificar el potencial donante que hay tras un paciente moribundo.

[106] Cfr. DONADÍO MAGGI DE GANDOLFI, M.C., "La nueva...", op. cit.

[107] Cfr. SANTO TOMÁS DE AQUINO, *S.Th.*, I-II, q. 91, a. 2, ad.

[108] GÓMEZ ESTEBAN, R., "Las ansiedades...", op. cit.

[109] Todos los pacientes que evolucionan a potenciales donantes cumplen criterios de terminalidad.

Gómez Esteban (2002) estima que ante un diagnóstico que implica algo inefable y difícilmente explicable con palabras, como es la muerte, es frecuente que el médico proyecte sus vivencias personales y no sepa qué hacer. [110] Skelton (1993) piensa que la enfermedad hace que el médico viva real o imaginativamente el riesgo de la propia muerte. [111]

Atento a mis propias experiencias y conforme a lo observado entre mis colegas, tengo la sensación de que para el médico la muerte de su paciente remeda la suya propia. Por eso, me aventuro a pensar que las limitaciones en la relación médico-paciente o las interpretaciones místicas del fallecido -trasmigración de las almas o ideas panteístas- expuestas por los entrevistados, serían vías para preservar la integridad emocional y, a la vez, evitar (negar) la muerte.

Vale recordar que "la sabia aceptación de la condición finita de la vida humana y también de los límites de la medicina debe ser un requisito indispensable para prestar en las UTI cuidados terminales y un elemento básico del *ethos* intensivista". [112]

Concluyo esta parte dejando como reflexión las palabras de Caturelli (1994) que escribía: "aquel centro interior inconmensurablemente fuera de cualquier verificación es el campo de la lucha (agonía) y del 'Instante' puro sin pasado y sin futuro sucesivo; en el 'Instante' no existe duración posterior. En este punto, el médico (que no ha hecho en su vida profesional otra cosa que intentar posponer este instante) estará obligado a afirmar (ya definitivamente fuera del acontecimiento que contempla) que el problema de la vida sigue siendo enigmático [...]; la ciencia empírica y sus medios se mantienen exteriores a la lucha y a la fractura final. Se limita solo, según un criterio de muerte siempre discutido, a descubrir el mero hecho del cese de la vida, pero tiene que callar ante el acto de morir". [113]

Otra cuestión a reflexionar es la actitud de los entrevistados y la relación con sus intenciones (deseos, emociones, tensiones, elecciones, etc.) en el contexto socio-sanitario.

A tales fines interpretaré el acto médico como lo que es: un acto moral. Lo examinaré bajo el enfoque filosófico

[110] GÓMEZ ESTEBAN, R., "Las ansiedades...", op. cit.

[111] GÓMEZ ESTEBAN, R., *El médico como persona*, Madrid, Fundamentos, 2002, p. 143.

[112] HERRANZ, G., "Intervenciones para mantener la vida y pacientes terminales: contenido de la medicina paliativa y la medicina de cuidados intensivos", en SGRECCIA, E. y LAFFITTE, J., *Junto al enfermo incurable y al que muere. Orientaciones éticas y operativas*, Madrid, BAC, 2009, p. 79.

[113] SGRECCIA, E., "La información al enfermo incurable", en SGRECCIA, E. y LAFFITTE, J., *Junto...*, op. cit.

clásico [114] que puntualiza que la moralidad de los actos humanos procede de sus componentes: el fin, el objeto y las circunstancias. [115] El *fin* responde a la pregunta: ¿para qué hago lo que hago?, es una intencionalidad remota, allá donde se quiere llegar. Será correcto siempre que sea perfecto y perfeccionador. [116] El *objeto* contesta a: ¿qué es lo que hago?, es la esencia de la acción médica. Es el acto físico próximo que la voluntad quiere y la inteligencia valora, para después ser calificado como *correcto* o *incorrecto*.

La identificación del potencial donante, el diagnóstico de la muerte, la procuración del órgano, el tratamiento del cadáver, la formación profesional, entre otras, serán acciones correctas en tanto se alineen al fin último de defender la vida, [117] mas no lo serán si responden a fines espurios, como podría ser incrementar las tasas de procuración, sin importar la viabilidad [118] de los órganos.

Hoffenberg (1987) y Le-Poidevin (1987) identificaron que "muchos profe-

[114] Cfr. BASSO, D., *Los fundamentos de la moral*, Buenos Aires, EDUCA, 1997, pp. 190-196. Más detalles pueden consultarse en "El fin último del hombre" y "Tratado de los actos humanos" de SANTO TOMÁS DE AQUINO, *S. Th.*, I-II, q. 1 y q. 6-21.

[115] De *circum star* (estar alrededor). Son las variables de modo, momento, medios, ocasión, lugar, cantidad y el carácter agente o paciente del sujeto. Contestan a preguntas ¿dónde? ¿cuándo? ¿cómo? ¿cuánto?, etc.

[116] Cfr. SANTO TOMÁS DE AQUINO, *S. Th.*, I-II, q.1, a.5, ad.1.

[117] Este es un claro mensaje que difunden las campañas a favor de la donación de órganos. Por ejemplo: un afiche de la Federación de Clubes de Leones de España expone una mano adulta agarrada por una mano de recién nacido y una leyenda que dice: "Mañana puede ser él, sé solidario, dona tus órganos", en *Federación de Clubes de Leones de España* [en línea], disponible en: <http://www.spain-lions.net/apNoticias/index.php?pgn_rsNoticias=11&tot_rsNoticias=31> [consulta: 25/4/2011]. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Colombia presenta un afiche con el texto: "Si tu vida, la de quien amas o la de otro ser dependería de la donación de un órgano o tejido ¿qué harías para salvarla? Responde con la donación de órganos y tejidos. Comparte el don de la vida", en *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá* [en línea], disponible en: <<http://mailingfactoryco.com/portafolio/medios-impresos/conceptos-creativos/>>, [consulta: 25/4/2011]. La Red de Cuadernos Ciudadanos del Ayuntamiento de Santander-España presenta una propaganda que dice: "Dar sangre hoy, es dar vida mañana", en *Red de Cuadernos Ciudadanos del Ayuntamiento de Santander* [en línea], disponible en: <<http://santander.cuadernosciudadanos.net/antoniomovellanmuriedas/2007/10/26/dona-sangre-y-organos/>>, [consulta: 25/4/2011]. La Asociación de Trasplantados de Castilla-La Mancha tiene un afiche que dice: "¿Aceptarías un órgano para seguir viviendo? Los demás, también ¡Hazte donante!", en *Asociación de Trasplantados de Castilla-La Mancha* [en línea], disponible en: <http://www.eldecano.es/index.php?option=com_content&task=view&id=13853&Itemid=33>, [consulta: 25/4/2011].

[118] La viabilidad de los órganos son condiciones necesarias que deben cumplir los donantes y sus órganos. Sirven para decidir qué órganos podrán ser trasplantados. Los criterios a evaluar son de tipo clínico, bioquímico, morfológico y funcional. De esta manera se intenta, dentro de lo posible, asegurar el funcionamiento de los órganos luego de los procesos de ablación, conservación, implantación y reperfusión, y evitar la transmisión de infecciones o tumores, en GUTIÉRREZ, E. y ANDRÉS, A., "Selección del donante y criterios de viabilidad de los órganos: expansión de los criterios de donación", *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 10, 2 (2007), pp. 87-97.

sionales rechazaban iniciar el proceso de donación, porque éste supondría una sobrecarga, a la vez que interrumpiría el ritmo normal de trabajo". [119]

Algunos de los participantes reconocieron que las condiciones anímicas (incluyo la satisfacción por cumplir con la norma), o variables operativas del proceso de procuración, determinarían el cumplimiento de prácticas de donación y trasplante. No obstante, en términos generales los profesionales coincidieron que la procuración de órganos/tejidos (objeto) es una práctica correcta cuando tiene como finalidad el trasplante (fin). Ni los deseos del médico (subjetividad), ni las condiciones socio-sanitarias (circunstancias) podrán modificarla. La consecuencia de esta práctica es la *autorrealización*, como lo demuestran al decir "sentirse mejor" o considerar al operativo como un "acto de gran dignidad".

La demanda social hacia la donación como respuesta frente al peligro que corre

uno de sus miembros, [120] o la escasez de órganos, no autoriza al médico a disponer del cadáver según le parezca. Este sería uno de aquellos comportamientos cuya elección siempre sería errada [121] puesto que las buenas intenciones no justifican que se cometan malas obras. [122] No hay dudas de que el fin es comprensible y loable, pero el método sobre el que se apoya es incorrecto. La apropiación desconoce la diferencia entre el organismo físico y el organismo moral. El ser humano es un organismo físico, un "todo" que absorbe a "partes" (los órganos) unidas y conexas, dependientes, y sin otro fin que no sea el del todo. En cambio, la humanidad es un organismo moral, un todo solamente en la acción y finalidad. Está conformada por individuos que son partes funcionales, que en cuanto a su ser físico no dependen uno de otro, ni tampoco de la humanidad. Por esto, la humanidad (sociedad o estado) no tiene atributos para imponer a los individuos exigencias físicas (ablación) en virtud del derecho que el todo tiene a disponer de las partes. [123]

[119] PÉREZ SAN GREGORIO, M.; DOMÍNGUEZ ROLDÁN, J.; MURILLO CABEZAS, F.; NÚÑEZ ROLDÁN, A.; "Factores sociales...", op. cit.

[120] VÉLEZ VÉLEZ, E., "Donación de órganos, una perspectiva antropológica", *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 10, 3 (2007), pp. 179-185.

[121] Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica*, 1761, Castalgandolfo, 1997 [en línea], disponible en: <http://www.vatican.va/archive/ESL0022/_INDEX.HTM>, [consulta: 27/5/2010].

[122] Cfr. JUAN PABLO II, *Veritatis splendor*, 78, Roma, 1993 [en línea], disponible en: <http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_06081993_veritatis_splendor_sp.html>, [consulta: 27/5/2010].

[123] Cfr. PIO XII, *Alocución a los miembros de la Asociación de Donantes de Córnea y de la Unión Italiana de Ciegos*, Roma, 14/5/1956 [en línea], disponible en: <http://www.vatican.va/holy_father/pius_xii/speeches/1956/documents/hf_pxii_spe_19560514_cornea_sp.html>, [consulta: 27/5/2010].

El concepto de "lo que vale es la intención" se deriva de la idea de que las acciones no son buenas en su esencia, y que todo depende de la valoración de quien las comete, es decir, de la satisfacción de los deseos (inclúyase consecuencias) del sujeto actuante. La sociedad moderna, definida por MacIntyre (1981) como subjetivista, relativista y emotivista, [124] honra el pensamiento hobbesiano [125] donde "nada es bueno o malo sino con referencia a la acción que procede de allí, y también con referencia a la persona a la que le hace bien o la daña". Para Hobbes "todo hombre, por su parte, llama bien a aquello que le place y lo deleita; y mal a lo que le displace". [126] A propósito de tiempos modernos, Donadio de Gandolfi (1994) piensa que la "nueva ética" es una ética aplicada a campos de la vida humana vaciados de toda realidad moral intrínseca y manipulada por una "sedicente racionalidad moral computarizada" [...] donde el fin y las circunstancias han devorado al objeto, por lo que no hay actos absolutamente malos o prohibidos. [127]

Lo dicho nos permite entender por qué identificar y comunicar un potencial donante dependería de variables manejadas por el médico como son, por ejemplo, favorecer o no la procuración según sus propias vivencias. Las expresiones observadas en esta investigación concuerdan con lo informado por Harris y Jasper (1991), que describieron un aumento del porcentaje de donaciones cuando las familias eran atendidas correctamente por el personal sanitario, haciendo que su número sea directamente proporcional a la confianza que se tenía en los médicos. [128]

Ciertamente habrá ocasiones en que no se pueda procurar órganos debido a variables circunstanciales que ponen en riesgo al bien moral, [129] pero esto no significa que las condiciones socio-sanitarias terminen definiendo cuán correcto sea el acto médico.

Si el estrés del trabajo produjera modificaciones patológicas del estado de

[124] DÍAZ GARCÍA, A., "La ética de la virtud y la bioética", *Revista Colombiana de Bioética*, 4, 1 (2009), pp. 93-128.

[125] Del filósofo inglés Thomas Hobbes (1588-1679).

[126] LUKAC DE STIER, M.L., "La moral por acuerdo. Sus fuentes modernas", *Vida y Ética* (publicación del Instituto de Bioética, UCA), 11, 2 (diciembre, 2010), pp. 11-31.

[127] Cfr. DONADIO MAGGI DE GANDOLFI, M.C., "Ética y Éticas aplicadas", *Philosophica*, 16 (1994), pp. 137-147.

[128] PÉREZ SAN GREGORIO, M.; DOMÍNGUEZ ROLDÁN, J.; MURILLO CABEZAS, F.; NÚÑEZ ROLDÁN, A.; "Factores sociales...", op. cit.

[129] El bien moral es muy exigente, constituye un todo único e indivisible que puede echarse a perder por el mínimo error de uno de sus elementos. Como dice el proverbio latino: "El bien nace de una causa íntegra, para el mal basta solo un defecto" (*bonum ex integra causa, malum ex quocumque defecto*).

ánimo que coaccionen el juicio moral de algún profesional, sus actos difícilmente podrían someterse a un análisis ético. [130] Esta realidad, circunscripta a la psicología laboral, no fue contemplada en este estudio y podría ser el germen de otras investigaciones.

Una última reflexión en torno al contexto, será sobre la presión de las políticas sanitarias benefactoras de los trasplantes de órganos. Al respecto Schaeffner y col. (2004) han manifestado que las expresiones a favor de los trasplantes, que con agrado recibe la sociedad, generan presión moral para que los médicos procedan en consecuencia. [131]

Los participantes de este estudio reconocieron que la relación tensa con la sociedad podría resolverse cediendo, consensuando e incluso imponiéndose. Mayor inconveniente tuvieron los médicos que disientían con el trasplante como

medio para defender la vida. Éstos opinaron que hace falta reflexionar sobre el tema a fin de que las políticas no terminen aplicándose en contra de su voluntad.

Aludo a la medicina que Osler [132] concebía como "ciencia de incertidumbres y un arte de probabilidades" y constituye la base del fructífero debate de diagnósticos y tratamientos. Si olvidáramos analizar la proporcionalidad [133] del trasplante, de igual modo que lo hiciéramos con cualquier otro medio terapéutico, correríamos el riesgo de subestimar la "duda", punto de partida del método racional. Tal situación llevaría a evocar casos históricos en que el conocimiento ha sido usado en pos de una construcción social, generadora de un perfil de humanidad ajeno a los intereses originarios del saber. [134]

Que el médico desconfíe de la ponderación de los trasplantes, que muestre

[130] Lo que no excluye evaluar si continúa siendo técnicamente idóneo para seguir con iguales tareas.

[131] SCHAEFFNER, E.; WINDISCH, W.; FREIDEL, K.; BREITENFELDT, K.; WINKELMAYER, W.; "Knowledge and Attitude...", op. cit.

[132] William Osler (1849-1919) fue un médico canadiense que miró a la medicina como arte, desarrolló una filosofía del diagnóstico basada en la evidencia, las probabilidades y el error, pregonando el trato humano a los enfermos. Semiólogo prolífico, describió muchos signos, síndromes y enfermedades que hoy llevan su nombre. Famoso por sus citas y aforismos. Fue además patólogo e historiador de la medicina.

[133] Profundizar sobre el análisis de la ordinariedad y proporcionalidad de los medios terapéuticos, así como la elección de personas a someterse a terapias intensivas, excede los objetivos de este trabajo. No obstante, tomo como referencia los conceptos desarrollados en CALIPARI, M., *Curarse y Hacerse Curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico*, Buenos Aires, EDUCA, 2007, p. 71, pp. 109-145.

[134] Cfr. DONADÍO MAGGI DE GANDOLFI, M.C., "Recurso de justificación en el conocimiento de lo social", *Comunicación en la XXIX Semana Tomista: diálogo entre Filosofía, Teología y Ciencias*, Buenos Aires, 8/9/2004 [en línea], disponible en: <http://cablemodem.fibertel.com.ar/sta/xxix/files/Miercoles/Donadio_04.pdf>, [consulta: 30 /1/2011].

interrogantes frente a la muerte encefálica o que perciba al sistema como interesado en crear potenciales donantes, podría ser resultado de la intromisión de intereses apócrifos, en la vulnerable relación entre lo subjetivo del profesional y lo objetivo de la realidad. De ahí la desconfianza sobre si el objeto no forzó al saber para justificar fines impropios, o fueron los métodos que proyectaron un objeto conveniente. [135]

De esto surge pensar cuán prudente sería que todo sistema sanitario estimulase la reflexión ética y evitase una representación colectiva a favor de los trasplantes. Sería la manera de alcanzar la certeza moral que la certificación de la muerte exige, para luego abocarse al retiro del soporte vital o la ablación, siempre con el previo consentimiento informado del fallecido o sus familiares.

La educación en valores éticos evitará los excesos por acción o defectos por omisión, acordándose siempre que "si las circunstancias no imponen una obligación, es preciso respetar la libertad y la espontánea decisión de los interesados;

habitualmente el problema no se presentará como un 'deber' o un acto obligado de caridad". Los trasplantes "que en sí mismos no levantan ninguna objeción moral, pueden sin embargo, 'por otra razón', no ser irreprochables e incluso ser directamente inmorales". [136]

No cabe duda que nuevas y más profundas investigaciones servirán de continuación de este estudio. A modo de colofón, estimo que los conceptos con los que el médico aborda su actividad, pese a no ser identificados como tal, no son otros que valores éticos. Las inquietudes sobre la certeza de la muerte encefálica y la justificación del retiro del soporte vital, también son formas de defender la vida. El interés por la historia del enfermo y la consideración del cadáver, portan el respeto a un ser humano integrado que se hace extensivo a la persona muerta. Incluso frente a la presión social, el profesional evaluará no traspasar los límites que la responsabilidad le propone como resguardo del libre despliegue de sus saberes, sopesando su carácter solidario, la prevención del daño y el servicio a la vida. [137]

[135] Ídem.

[136] Cfr. PIO XII, *Alocución a los miembros...*, op. cit.

[137] Expreso mi sincero agradecimiento al Dr. Félix Cantarovich y a la Dra. Liliana Pantano por su tutelaje técnico y metodológico. Asimismo, a todos mis maestros que pacientemente compartieron su sapiencia, en especial a mis profesores universitarios, por ser los primeros en enseñarme a observar la persona enferma como un verdadero e irrepetible ser. [Traducción en ruso: благодарю всех своих преподавателей за то что впервые учили меня смотреть больного человека как настоящее неповторяющееся существо]. Mi gratitud a mis padres, porque comenzaron a cultivar la semilla. Este trabajo no hubiese sido posible sin la enorme generosidad de Yanet, Alejandro y Tomás, quienes me permitieron que les robara su tiempo.

ANEXO

GUÍA DE ITEMS PARA LA ENTREVISTA

1. ¿Cuál es la manera de involucrarse con el enfermo grave? ¿Qué límites establece? ¿Ve al paciente como un sujeto enfermo o una enfermedad que se expresa a través de un sujeto?

2. ¿Debe el médico hacer siempre lo que la sociedad espera de él? ¿Por qué?

3. Hay un momento en que un paciente deja de ser una persona enferma y se transforma en un cuerpo potencial donante que requerirá ser conservado. ¿Qué parámetros suele usar Ud. para definir ese momento de transición?

4. ¿Confía en la tecnología para diagnosticar la muerte? ¿Por qué?

5. ¿Le genera alguna duda el diagnóstico de muerte encefálica? ¿Por qué?

6. ¿Cuál de estas siguientes comparaciones le parece que mejor define al cuerpo humano: cuerpo-máquina, cuerpo-propio o vivido, cuerpo-jardín, o cuerpo-sagrado o inviolable. ¿Podría explicar la elegida?

7. Además de la realidad física del cadáver ¿piensa que posee una realidad no corpórea, es decir no física?

8. Debido a la naturaleza física del cadáver ¿lo considera como un material biológico del que se puede disponer con libre voluntad? ¿Por qué?

9. ¿Ve al cadáver como un envase inútil al que hay que buscarle un uso?

10. Ud. se encuentra frente al cadáver de quien hasta hace horas fue su paciente: ¿puede considerarlo como un bien útil? ¿Me explicaría por qué?

11. ¿Piensa que el cadáver humano posee un valor intrínseco *per se*, o es dado en forma extrínseca por la voluntad del hombre? ¿Cómo lo entiende?

12. ¿Cuál cree que sea el destino de un cadáver humano?

13. ¿Conoce algún(os) usos que se pueda(n) dar a un cadáver?

14. ¿Está de acuerdo con que un cadáver pueda ser comercializado? ¿Por qué?

15. ¿Suele interpretar al cadáver como un potencial donante de órganos?

16. Si tenemos un cadáver con fines de donación ¿considera al mantenimiento del mismo como una prolongación de la agonía o un encarnizamiento? ¿Por qué?

17. ¿Cómo entiende el papel influyente o decisorio de la familia en la donación de órganos? ¿Con cuál estaría de acuerdo?

18. Ciertas condiciones no médicas, como sexo, clase social o etnia ¿influyen en Ud. a la hora de interpretar un cadáver como potencial donante?

19. ¿Considera la donación de órganos como un acto moralmente bueno? ¿Por qué?

20. ¿Valora la opinión que sobre la donación de órganos tenía el fallecido en vida? ¿Cómo lo hace?

21. Si se le presenta un dilema de respetar la voluntad de no donar expresada en vida y de procurar el bien común (como lo es donar), ¿cómo lo resolvería? ¿Piensa en las personas necesitadas de órganos?

22. ¿Relaciona la identificación de un potencial donante con el reconocimiento del fracaso terapéutico? ¿o de ineficiencia de un sistema de salud, el cual Ud. representa?

23. En el momento de identificar un potencial donante ¿influye el cansancio emocional, la valoración (por otros) de su trabajo o la satisfacción de sus expectativas laborales que como intensivista la especialidad le genera? ¿Por qué?

24. ¿Teme que lo acusen o lo agredan si plantea a los familiares que el caso es para donación de órganos?

25. ¿Cree que los médicos realmente comunican todos los potenciales donantes?

26. Si no es así, ¿a qué cree que eso se deba?

27. ¿Es Ud. un donante de órganos? ¿Qué lo motivó a tomar esa decisión?

28. ¿Influye su posición tomada frente a la donación de órganos a la hora de identificar un potencial donante cadavérico? ¿Debería influir?

VIDA Y ÉTICA

29. ¿Qué sería para Ud. interpretar el cadáver como un "bien útil"? ¿Estima que así aumentaría la cantidad de potenciales donantes?

30. ¿Conoce a qué se dedica la Bioética?

31. ¿Le hablaron sobre temas éticos en su formación como médico?

32. ¿Ve necesaria la formación en temas de Bioética para el ejercicio de la medicina crítica o terapia intensiva?

33. ¿Asistiría a un programa de formación en temas de Bioética? ¿Por qué y para qué?