

Introducción general al trasplante de órganos *post mortem*: de la muerte a la vida

Lic. Prof. Tomás A. Perasso

Los trasplantes de órganos han generado una revolución en el mundo de la medicina y se ha vuelto un procedimiento terapéutico imprescindible para afrontar muchas patologías, abriendo perspectivas consideradas utópicas hasta hace un tiempo. Además, integra la complejidad de la donación, la recepción, el manejo de la información, la comunicación y el consentimiento. Podemos decir junto a Diego Gracia, que con el trasplante de órganos convergen la práctica totalidad de los problemas éticos de la medicina.

El trasplante de órganos y origen del concepto de *donación*

Gracia realiza un breve recorrido por la historia del trasplante de órganos tomando la problemática ética central de cada década a partir de los años cincuenta. En ese tiempo el problema ético era la extracción de un órgano de un sujeto vivo y sano, a fin de trasplantarlo a otro y de ese modo salvar su vida. Hoy se ha vuelto un problema menor por la teoría ética y marco jurídico que ya lo regula y contempla. En ese entonces este tipo de intervenciones se encontraban calificadas jurídicamente como delito, como "mutilación".

Los primeros trasplantes realizados fueron de riñón, es decir, órganos pares y entre familiares. Los fundamentos filosóficos de la acción que remitían a la sentencia de San Pablo de "hacer el mal para que venga el bien" (Rom. 3,8) en su carta a los romanos, considerando que extraer un riñón podría generar un daño pero que traía

un bien, no fueron suficientes¹. Tampoco el argumento del acto voluntario indirecto, que se remitía a Aristóteles en su *Ética a Nicómaco*, que describe los actos voluntarios, involuntarios y mixtos.

Este argumento no pudo ser tomado en cuenta. Se volvió a la tradición paulina con 1 Cor. 12, 12-26, donde se justifica perder un miembro para salvar la vida. Lo cierto es que se refería a un miembro dañado para salvar al cuerpo, y en el trasplante el miembro está sano. Y además no es para el propio cuerpo, sino que es para salvar a otro. Lo que hacía que este argumento fuera insuficiente.

Esta diferencia obligó buscar en otro argumento de Tomás de Aquino. Donde poner en peligro la propia vida por el beneficio del otro no puede ser considerada una obligación perfecta o de justicia, sino sólo imperfecta o de beneficencia. Este último acto se funda en el amor de caridad y, por tanto, resulta incompatible con el comercio. Y los familiares están haciéndose continuamente acciones benéficas unos a otros sin retribución económica. De aquí surgen varias consecuencias. Primero, la extracción de órganos de un individuo vivo y sano es moralmente justificable; segundo, que se haga por amor y no por dinero, aquí surge el concepto de *donación*; tercero, que sea un familiar, y cuarto, que al ser un acto

¹ Cfr. Gracia, Diego, "Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética", *Nefrología*, Madrid, Vol. XXI. Suplemento 4. 2001, p.16

de beneficencia y no de justicia, nadie puede obligar a otra persona a donar un órgano ni coaccionarlo moralmente, diciendo que es una obligación moral el salvar la vida de una persona en peligro.

La teoría clásica habilita moralmente la extracción, dejando en claro el carácter de donación de la misma, con sus dimensiones de altruismo, gratuidad y absoluta voluntariedad. Desde la lógica europea, la doctrina de la donación resolvió así el conflicto entre la técnica y la ética; y siempre y cuando la extracción no se adecuara a esta doctrina, había que considerarla moralmente reprobable. Desde la lógica estadounidense la pregunta por la comercialización se fue abriendo cada vez más, debido a la tradición filosófica ética, pragmática y utilitarista. No habría conflicto en que una persona recibiera un resarcimiento económico luego de que le extrajeran un riñón. Si al fin y al cabo todo el derecho civil se basa en la doctrina del resarcimiento económico ante daños y perjuicios².

La nueva definición de "muerte" y los trasplantes de órganos *post mortem*

La donación de sujetos vivos tenía sus límites por varias causas, nos dirá Gracia: las situaciones de posible coacción de la libertad del sujeto, la dificultad de obtener órganos por esta vía de donantes familiares que circunscribía el ámbito de donación y la imposibilidad de obtener órganos a trasplantar que son únicos, como por ejemplo, el corazón y el hígado. Esto llevó a la búsqueda de nuevas vías. La

posibilidad ideal era obtener órganos de un cadáver. La dificultad principal era la determinación de la muerte, esto es, converger en una definición de "muerte". Desde fines de 1960 se estuvo trabajando sobre esto. A partir de la década de 1970 la donación de un órgano cadavérico pasó de posibilidad a realidad efectiva.

Esto pudo darse debido al desarrollo, desde la década de 1950, de distintas y eficaces técnicas de soporte vital que permitían suplir funciones vitales dañadas de modo irreversible, y también por la sistematización de los procedimientos de las Unidades de Cuidados Intensivos. Aquí es donde se lograban evaluar mejor ciertos tipos de pacientes, describiendo situaciones clínicas de daño cerebral profundo e irreversible, hasta entonces poco claras. En 1959, Wertheimer, Jovet y Descotes describieron una situación clínica caracterizada por apnea, electroencefalograma plano y ausencia de reflejos tendinosos y troncoencefálicos, a la que denominaron "muerte del sistema nervioso"³. Ellos consideraban que a estos pacientes debería suspendérseles la respiración artificial. Mollaret y Goulon, ese mismo año, "denominaron a este cuadro *coma dépassé*, un coma sobrepasado, algo rayano con la muerte biológica del sujeto"⁴.

En 1968 el *Comité Especial de la Escuela Médica de Harvard* publicó un informe sobre una definición de coma

³ Véase Wertheimer P, Jovet M, Descotes J. "A propos du diagnostic de la mort du système nerveux dans les comas avec arrêt respiratoire traités par respiration artificielle". Press Med 1959; 67:87-88.

⁴ Véase Mollaret P, Goulon M. "Le coma dépassé". Rev Neurol. 1959; 101:3-15

² Cfr. *Ibid.*, pp. 13-29

irreversible. El Comité estaba presidido por el anestesista Henry K. Beecher, el entonces presidente del *Harvard's Committee on Human Studies*, que seguía estudiando los problemas éticos de la experimentación con humanos. Durante la década del sesenta fue un decidido defensor de la ética frente a los excesos de los investigadores, eso le dio prestigio, respeto y autoridad para avanzar en el dificultoso tema del coma irreversible. Su planteo fundamental era que los pacientes que cumplían los criterios especificados en el informe, se les debían retirar todos los soportes vitales. Consideraba que era necesario evitar el despilfarro en este tipo de pacientes y poner fin a todo tratamiento. Como consecuencias colaterales de estos planteos estaban, en primer lugar, la posibilidad de extracción de órganos para trasplantes, y en segundo, la posible utilización de los cuerpos o de sus órganos para experimentación⁵.

En el inicio del informe de Harvard ya se plantea la necesidad de no despilfarrar recursos en pacientes con coma irreversible, siempre y cuando se siguieran todos los estudios basados en los criterios planteados, que confirman el cese de todas las funciones del cerebro en su totalidad, *Whole Brain*, con pérdida absoluta de conciencia y reflejos. También se explicita la necesidad de incrementar las posibilidades de obtención de órganos como tratamiento. Surgieron posteriormente criterios alternativos. En 1971, J. B. Brierley propuso como criterio no el cese de todas las funciones del cerebro sino la ausencia permanente de las funciones superiores, propias y específicas de los seres

humanos. Este criterio, es conocido como *the Higher Brain Criterion*. Ese mismo año, y con criterios similares, Mohandas y Chou publicaron los posteriormente denominados "Criterios de Minnesota"⁶. En las Conferencias de Reales Colegios de Médicos del Reino Unido de 1976 y 1979 se formuló lo denominado hoy «Código del Reino Unido» como definitorio de lo que se comenzó a llamarse *Brainstem Death* o también *Clinical Death*⁷. Este proceso concluye en el año 1981, con la publicación del volumen de la *President's Commission* titulado "*Defining Death*", y con él la definición de muerte conocida desde entonces con el nombre de *Uniform Determination of Death Act*, según la cual, "Un individuo está muerto cuando le ha sobrevenido, bien el cese irreversible de las funciones respiratorias y circulatorias, o bien, el cese irreversible de todas las funciones cerebrales incluyendo el tallo cerebral"⁸.

En Argentina el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos, su continua actualización y correcta determinación, es una de las funciones encomendadas por la Ley N° 24.193

⁶ A. Mohandas and S. Chou, "*Brain death: A clinical and pathological study*", 35 J. Neurosurg. 211- 215, 1971

⁷ Conference of Royal Colleges and Faculties of the United Kingdom, "Memorandum on the Diagnosis of Death" (January 1979), in Working Party of the United Kingdom Health Departments, *The Removal of Cadaveric Organs for Transplantation: A Code of Practice*, 32-36, 1979

⁸ President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research, *Defining death: A report on the medical, legal and ethical issues in the determination of death*. Washington: U.S. Government Printing Office, 1984

⁵ Cfr. Gracia, D., *Op. Cit.*, p.21

(t.o. Ley N° 26.066) al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)⁹.

El organismo mencionado, INCUCAI, explica en sencillas palabras la noción de "muerte encefálica". Afirma que se la denomina así, pero sólo hay que llamarla muerte, "porque lo único que ha variado en esta forma de fallecer son los signos médico-legales para certificarla"¹⁰.

Es necesario distinguir la *muerte encefálica* del estado de coma, del estado vegetativo y de la anencefalia. Los últimos tres son cuadros en los que la persona está viva, o al menos mantiene reflejos y alguna función cerebral. Reconocer esto es fundamental para poder continuar analizando la situación de trasplante *post mortem*, especialmente relacionado con órganos vitales.

Bibliografía:

- Gracia, Diego, "*Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética*", *Nefrología*, Madrid, Vol. XXI. Suplemento 4. 2001
- Wertheimer P, Jouvét M, Descotes J. "*A propos du diagnostic de la mort du système nerveux dans les comas avec arrêt respiratoire traités par respiration artificielle*". *Press Med* 1959; 67:87-88
- Mollaret P, Goulon M. "*Le coma dépassé*". *Rev Neurol.* 1959; 101:3-15
- A. Mohandas and S. Chou, "*Brain death: A clinical and pathological study*", 35 *J. Neurosurg.* 211- 215, 1971
- Conference of Royal Colleges and Faculties of the United Kingdom, "*Memorandum on the Diagnosis of Death*" (January 1979), in Working Party of the

United Kingdom Health Departments, *The Removal of Cadaveric Organs for Transplantation: A Code of Practice*, 32-36, 1979

- President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research, *Defining death: A report on the medical, legal and ethical issues in the determination of death*. Washington: U.S. Government Printing Office, 1984
- Ministerio de Salud, Servicio de Salud, Resolución 275/2010, *Protocolo Nacional para Certificar el Diagnóstico de Muerte Bajo Criterios Neurológicos*. Bs. As., 9/2/2010
- INCUCAI, (s.d.), *Certificación de Muerte*, Recuperado el 27/01/2015, de <https://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucaai/Docs-Comunidad/Historia-del-trasplante/certificacion_de_muerte.pdf>

⁹ Ministerio de Salud, Servicio de Salud, Resolución 275/2010, *Protocolo Nacional para Certificar el Diagnóstico de Muerte Bajo Criterios Neurológicos*. Bs. As., 9/2/2010

¹⁰ INCUCAI, (s.d.), *Certificación de Muerte*, Recuperado el 27/01/2015, de <https://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucaai/Docs-Comunidad/Historia-del-trasplante/certificacion_de_muerte.pdf>, p.1