

# Comparación entre la realidad Española y Argentina en materia de Donación y Trasplante

Dra. Luciana Celeste Boffino.

Instituto de Trasplante de la  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Argentina

Master Alianza 2014

Tutor: Dr. Francisco Del Rio

## **Introducción:**

Actualmente las Leyes de Donación y trasplante de órganos y tejidos tanto en España como en Argentina se asemejan ya que una se basa en los fundamentos de la otra. No obstante los resultados obtenidos respecto de la cantidad de donantes por población distan mucho. Eso se puede explicar a las diferencias que presentan ambas, la conciencia de la población española y su formación respecto de la donación y el tiempo de instauración de una ley respecto de la otra ya que la española data de 1979 y la argentina de 1993. Intento poner de manifiesto dichas diferencias y similitudes intentando aportar posibles ideas para encaminar a nuestra ley y nuestra sociedad a llegar a las tasas de donación española.

## **Materiales y métodos:**

### **Ley de trasplante de Órganos en España:**

La Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos establecía los requisitos para la cesión, extracción, conservación, intercambio y trasplante de órganos humanos con fines terapéuticos, y fue desarrollada por el Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero, que regulaba las condiciones del personal y los centros sanitarios y los principios éticos que debían seguirse en la donación en muerte encefálica y el trasplante de órganos. Los progresos científicos y técnicos llevaron a una derogación de dicho desarrollo por el Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, el cual incorporaba novedades como la donación tras la muerte por parada cardiorrespiratoria, con implicaciones en la preservación, los avances tecnológicos en el diagnóstico de la muerte encefálica o el funcionamiento de las organizaciones estatales y autonómicas dedicadas a la

coordinación, el rápido intercambio de información y la supervisión y evaluación de las actividades, habida cuenta de la creciente complejidad organizativa.

La mencionada directiva asimismo impone requisitos de trazabilidad y el desarrollo de un sistema para la notificación y gestión de eventos y reacciones adversas graves, dispone los datos mínimos que deben recabarse para la evaluación de donantes y órganos y obliga al establecimiento de sistemas de información y a la realización de informes periódicos de actividad.

El progreso científico y técnico de los años recientes, la mejora de la capacidad diagnóstica y la publicación de nuevas guías internacionales sobre los criterios que se aplican al diagnóstico de muerte. Entre los avances destaca el de los alotrasplantes vascularizados de tejidos compuestos, cuya escasez e imposibilidad de almacenamiento asimila su proceso de obtención y trasplante al de los órganos. La reciente expansión en nuestro país del trasplante de órganos de donante vivo, con la puesta en marcha de programas de donación y trasplante entre personas no relacionadas afectiva o genéticamente exige un tratamiento legal concreto que viene reforzado por lo dispuesto en la Directiva 2010/53/UE en relación con la protección del donante vivo.

No debe omitirse la expansión de la donación de personas fallecidas tras la muerte por parada cardiorrespiratoria, según la terminología del Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, que estableció las bases para el desarrollo de este tipo de donación en España, tomando como referencia el Documento de consenso español sobre donación de órganos en asistolia elaborado en 1995. Se ha llevado a cabo una actualización en el que se abordan aspectos ético-legales, terminológicos, procedimentales y técnicos. El Documento de consenso español sobre donación en asistolia de 2012 sustenta las actualizaciones que se incluyen en el presente real decreto.

**Definición de muerte:**

Proceso por el que se confirma el cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria o de las funciones encefálicas, de conformidad con los criterios establecidos en este real decreto.

**Certificación de muerte:**

Acto médico en el cual se deja constancia escrita del diagnóstico de la muerte de un individuo, bien sea por criterios neurológicos (muerte encefálica) o por criterios circulatorios y respiratorios.

Esta constancia escrita no sustituye la posterior y preceptiva cumplimentación del certificado médico de la defunción, establecida en la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil.

**Consentimiento presunto:**

Una persona fallecida es considerada donante salvo que haya expresado en vida su negativa a la donación. Países como España, Francia, Hungría, Portugal e Italia se rigen por este consentimiento pero en la práctica diaria no se sigue adelante si la familia no consiente la donación.

**Aspectos Éticos:**

La promoción de la donación de órganos es de carácter voluntario, altruista y desinteresado. Entre sus fundamentos éticos destacan la gratuidad, el consentimiento, la protección del donante vivo y la protección de datos personales. RD 1723/2012 tiene en cuenta la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea y el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad de este.

En la obtención y la utilización de órganos humanos se deberán respetar los derechos fundamentales de la persona y los postulados éticos que se aplican a la práctica clínica y a la investigación biomédica.

Se respetarán los principios de voluntariedad, altruismo, confidencialidad, ausencia de ánimo de lucro y gratuidad, de forma que no sea posible obtener compensación económica ni de ningún otro tipo por la donación de ninguna parte del cuerpo humano.

La selección y el acceso al trasplante de los posibles receptores se regirán por el principio de equidad.

Se adoptarán medidas de seguridad y calidad con el fin de reducir las pérdidas de órganos, minimizar los posibles riesgos, tratar de asegurar las máximas posibilidades de éxito del trasplante y mejorar la eficiencia del proceso de obtención y trasplante de órganos.

### **Aspectos Sociales:**

#### **Étnicos:**

*El Catolicismo:* Discurso del Santo Padre a los participantes del I Congreso Internacional de la Sociedad para la búsqueda de órganos: Debemos alegrarnos de que la medicina en su servicio a la vida haya encontrado en el trasplante de órganos una nueva forma de servir a la familia humana precisamente salvaguardando este bien fundamental de la persona.

*El Islam:* No hay nada escrito en el Corán. Las autoridades musulmanas que interpretan el Corán entienden que todo lo que en su Libro de la Revelación no está expresamente prohibido, a través de las palabras del profeta, puede estar permitido siempre y cuando no atente directa o

indirectamente contra sus preceptos religiosos. Para ellos la donación debe de ser un acto voluntario y desinteresado. Cuentan con decretos religiosos bajo la denominación genérica de Fatua que la califican de positiva. Es lícita la donación entre padres e hijos como así la transfusión de sangre pero aun se discute la donación entre personas no emparentadas pero creen que se va a solucionar a favor del si a la donación.

*El Judaísmo:* Todos los actos encaminados a salvar una vida pueden estar permitidos viene a decir la ley judía. Los religiosos mas ortodoxos no aceptan el trasplante de órganos, aunque el Hadasa, centro científico de Jerusalem, haya adquirido renombre mundial especializándose en el trasplante epidérmico y de cornea. Excepto en el hospital religioso de Jerusalén, el Shaare Tzedek, donde entre otros el trasplante renal se evita perfeccionando la diálisis e investigando técnicas alternativas, en todos los hospitales de Israel se efectúan trasplantes. En todos los casos hay que señalar que cuando se extrae un órgano o cuando se amputa una extremidad es indispensable enterrar ese miembro del cuerpo humano en un cementerio judío.

*Los Testigos de Jehová:* una interpretación basada en la lectura del Antiguo y Nuevo Testamento les lleva a rechazar la trasfusión de sangre como solución quirúrgica dado que es símbolo de vida y la vida solo puede ser otorgada por el creador. Respecto a la donación de órganos no debe regirse con preceptos religiosos sino por su propia conciencia a no ser que el trasplante a que de lugar lleve implícito el trasvase de sangre de un cuerpo a otro. Así la donación de órganos como la cornea nunca supone problema alguno ni para el testigo de Jehová donante ni para el testigo de Jehová receptor. Están en condiciones de recibir un riñón de un donante cadavérico o de donarlo pero se pone en alerta cuando se trata de hacer lo propio entre seres vivos.

*Los protestantes:* los protestantes están al servicio del prójimo y todo aquello que pueda ayudar a remediar situaciones de dolor, angustia y miseria, es bueno. Entienden como un acto de amor

sublime la donación en vivo aunque no pueda exigírsele a toda una comunidad religiosa como algo preceptivo.

*Los Evangélicos:* el pastor de la iglesia Evangélica piensa que la donación de órganos es un acto de amor, siempre generoso, pero también inevitablemente voluntario. No puede obligarse a nadie a ser generosos con sus órganos, la donación debe ser siempre un ejercicio voluntario.

### **Recursos:**

Reembolso hospitalario por parte de las administraciones autonómicas, que financian de manera específica y adecuada las actividades de obtención y trasplante de órganos. De otra manera sería impensable el mantenimiento de la actividad, sobre todo en los pequeños hospitales no trasplantadores.

No se podrá percibir gratificación alguna por la donación de órganos humanos por el donante, ni por cualquier otra persona física o jurídica. Tampoco se podrán ofrecer o entregar beneficios pecuniarios o de cualquier otro tipo en relación con la asignación de uno o varios órganos para trasplante, así como solicitarlos o aceptarlos.

La realización de los procedimientos médicos relacionados con la obtención no será, en ningún caso, gravosa para el donante vivo ni para la familia del fallecido. El principio de gratuidad no impedirá a los donantes vivos el resarcimiento de los gastos y la pérdida de ingresos directamente relacionados con la donación. Cuando dicha restitución resulte procedente, habrá de efectuarse necesariamente a través de los mecanismos que se puedan prever a tal efecto por las administraciones competentes.

Se prohíbe hacer cualquier publicidad sobre la necesidad de un órgano o sobre su disponibilidad, ofreciendo o buscando algún tipo de gratificación o remuneración.

No se exigirá al receptor precio alguno por el órgano trasplantado.

### **Campañas de Información:**

Las autoridades competentes promoverán la información y educación de la población en materia de donación y trasplante, de los beneficios que proporcionan a las personas que los necesitan, así como de las condiciones, requisitos y garantías que suponen se realizará siempre de forma general y señalando su carácter voluntario, altruista y desinteresado.

Se prohíbe la publicidad de la donación de órganos en beneficio de personas concretas, de centros sanitarios, o de instituciones, fundaciones o empresas determinadas. Asimismo, se prohíbe expresamente la publicidad engañosa que induzca a error sobre la obtención y la utilización clínica de órganos humanos, de acuerdo con los conocimientos disponibles.

### **Implicación de Jueces:**

Para proceder a la obtención de órganos de donante vivo, se precisará la presentación, ante el Juzgado de Primera Instancia de la localidad donde ha de realizarse la extracción o el trasplante, a elección del promotor, de una solicitud del donante o comunicación del Director del centro sanitario en que vaya a efectuarse, o la persona en quien delegue, en la que se expresarán las circunstancias personales y familiares del donante, el objeto de la donación, el centro sanitario en que ha de efectuarse la extracción, la identidad del médico responsable del trasplante y se acompañará el certificado médico sobre la salud mental y física del donante.

El donante deberá otorgar su consentimiento expreso ante el Juez durante la comparecencia a celebrar en el expediente de Jurisdicción Voluntaria que se tramite, tras las explicaciones del



médico que ha de efectuar la extracción y en presencia, el médico responsable del trasplante y la persona a la que corresponda dar la conformidad para la intervención, conforme al documento de autorización para la extracción de órganos concedida.

El documento de cesión del órgano donde se manifiesta la conformidad del donante será extendido por el Juez y firmado por el donante, el médico que ha de ejecutar la extracción y los demás asistentes. Si alguno de los anteriores dudara de que el consentimiento para la obtención se hubiese otorgado de forma expresa, libre, consciente y desinteresada, podrá oponerse eficazmente a la donación. De dicho documento de cesión se facilitará copia al donante. En ningún caso podrá efectuarse la obtención de órganos sin la firma previa de este documento.

En los casos de muerte accidental, así como cuando medie una investigación judicial, antes de efectuarse la obtención de órganos deberá recabarse la autorización del juez que corresponda, el cual, previo informe del médico forense, deberá concederla siempre que no se obstaculice el resultado de la instrucción de las diligencias penales.

En los casos de muerte diagnosticada por criterios circulatorios y respiratorios que requieran autorización judicial, para proceder con las maniobras de mantenimiento de viabilidad de los órganos y con las maniobras de preservación, se actuará de conformidad con lo establecido en el anexo I.

La solicitud de la obtención de órganos deberá acompañarse del certificado de muerte, junto con un informe médico explicativo de las circunstancias personales y de ingreso en el hospital, y una hoja acreditativa, firmada por el responsable de la coordinación hospitalaria de trasplantes o la persona en quien delegue, de que el médico o médicos que firman el certificado de muerte son distintos del que va a realizar la extracción de órganos y/o el trasplante.

## **Aspectos Clínicos:**

### **Muerte Encefálica:**

Cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencéfalo. El diagnóstico se basa en una exploración neurológica exhaustiva realizada por médicos expertos en el manejo de pacientes neurocríticos. La legislación española define las circunstancias clínicas que obligan a utilizar el diagnóstico instrumental. Esta exploración debe ser sistemática, completa y extremadamente rigurosa. Para realizar el diagnóstico clínico han de cumplirse las siguientes condiciones:

1. Coma estructural, de etiología conocida y carácter irreversible
2. Precondiciones clínicas: Estabilidad cardiocirculatoria, oxigenación y ventilación adecuadas, ausencia de hipotermia grave, ausencia de alteraciones metabólicas, ausencia de intoxicaciones, ausencia de fármacos depresores del sistema nervioso central.
3. Exploración neurológica

### **Muerte en Parada Cardíaca:**

La Ley determina el fallecimiento tras evidenciarse durante 5 minutos la ausencia de latido cardíaco demostrada por la falta de pulso central o por electrocardiograma y la ausencia de respiración espontánea, todo ello tras un tiempo no inferior a 30 minutos de RCP avanzada, y a una temperatura corporal superior a 32° C. Los criterios médicos de inclusión y exclusión. Hay que tener en cuenta el *tiempo de isquemia caliente* (tiempo que transcurre desde la parada cardíaca hasta el establecimiento de las medidas de preservación de órganos) y el *tiempo de preservación* del cadáver hasta el inicio

de la extracción de órganos, que viene determinado por el periodo necesario para la obtención del asentimiento familiar y el permiso judicial.

### **Coordinador Hospitalario:**

Es más correcto hablar de equipos de coordinación ya que en un hospital mediano o grande no resultaría posible la cobertura efectiva anual. Se recomienda que en grandes hospitales con equipos de trasplante activos, la coordinación esté formada por un médico a tiempo parcial junto con un número de enfermeras igual al del número de programas de trasplante (riñón, hígado, corazón o pulmón), a tiempo total. En los hospitales pequeños o medianos sin programa de trasplante pero con unidad de vigilancia intensiva, es de un médico a tiempo parcial, ayudado o no de una enfermera dependiendo de la capacidad potencial de generación de donantes. Los hospitales sin unidad de vigilancia intensiva no precisan de coordinador de trasplantes dada la virtual imposibilidad de que en ellos se produzca una donación efectiva.

En España se ha considerado imprescindible que en todos los hospitales haya un facultativo que afronte las tareas de detección y consecución de donantes, para tratar de igual a igual con los responsables de la atención médica al donante y la necesidad de establecer un sistema pro-activo de detección de muertes cerebrales.

Hay dos aspectos que explican el por qué del médico a tiempo parcial. Por una parte el económico ya que la dedicación parcial supone afrontar un plus económico en forma de complemento, localización o pago por acto médico, pero no el de afrontar el coste total de un médico, algo inviable en hospitales pequeños donde el número de donantes puede ser de 3 ó 4 al año. Incluso en los grandes hospitales, los donantes pueden estar entre 20 y 30 al año, lo que tampoco justificaría una dedicación total salvo que las funciones de la coordinación derivasen hacia

coordinadas que nada tienen que ver con las actualmente admitidas. Resulta más relevante la posibilidad de sustitución no traumática del coordinador médico a tiempo parcial cuando por las características del trabajo que desarrollan se sienten cansados y deciden dedicarse de nuevo a su especialidad, o los resultados de su gestión han empeorado de manera significativa. En España la recomendación de la ONT fue: el coordinador de trasplante debe considerarse un colaborador directo del director del hospital en materia de trasplantes, de un modo análogo a la coordinación de docencia, urgencias o calidad. El coordinador tiene una misión principal y fundamental: la obtención de órganos. Todo lo demás debe ser considerado accesorio y en modo alguno puede justificar la ineficacia en la consecución de donantes. Todos los pasos que conducen a la donación de órganos deben estar establecidos y protocolizados de manera que cualquier fallo sea susceptible de ser detectado y solventado. El primer paso en la generación de órganos es la detección de los donantes potenciales.

Es el punto más importante de todo el proceso y que la escasez de órganos existente en casi todo el mundo es un problema de infradetección. Lo que marca la diferencia es la detección sistemática de cualquier persona que fallece en muerte cerebral, alrededor de un 12- 14% de los enfermos muertos en Unidades de Vigilancia Intensiva o un 2% de los que lo hacen en un gran hospital. El hallazgo de unos porcentajes inferiores debe hacer pensar en un problema de detección. La necesidad de que no se pierdan potenciales donantes por no haber pensado en ellos explica las preferencias por los intensivistas como coordinadores de trasplantes ya que ellos detectan de primera mano y sin necesidad de intermediarios los pacientes fallecidos en muerte cerebral. Explica la conveniencia de que se trate de un médico ya que solo así se puede establecer una relación igualitaria con los responsables de la UVI a la hora de discutir cada caso, aunque en todo el proceso posterior se vea perfectamente secundado por el personal de enfermería.

Pone de manifiesto la necesidad de que el coordinador esté dotado de habilidades diplomáticas y un don de gentes que le haga obviar los roces que se generan en el día a día de los hospitales. Una vez detectado es fundamental un mantenimiento adecuado evitando incidencias que puedan deteriorar los órganos o imposibilitar la donación porque se produzca la parada cardíaca. Lo siguiente es el diagnóstico de muerte efectuado por tres médicos distintos a los del equipo de trasplante. Hecho el diagnóstico de muerte puede ser necesario conseguir la autorización judicial en caso de causa no médica y siempre y en todo caso lograr la autorización familiar. Se prepara la logística intra-hospitalaria para proceder a la extracción de órganos, al tiempo que se contacta con la oficina central de la ONT para la adscripción formal de los distintos órganos de acuerdo con los criterios previamente establecidos y acordados entre equipos y administraciones autonómicas. El coordinador debe atender a los familiares en todos sus requerimientos y asegurarse de que se produzca una restitución lo más perfecta posible del aspecto externo del donante de manera que a simple vista resulte imposible constatar que se ha producido la extracción.

También debe motivar a los profesionales sanitarios y no sanitarios a través de charlas y cursos específicos como el EDHEP (programa hospitalario europeo de promoción de la donación y por supuesto del trato y la explicación personal. La actitud ante la donación de todo el hospital resulta fundamental para conseguir que todo el proceso funcione adecuadamente. El coordinador de trasplantes es el responsable de cumplimentar adecuadamente el protocolo del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación cuyo objetivo es triple:

1. Definir la Capacidad Teórica de Donación de órganos según el tipo de hospital.
2. Detectar los escapes durante el proceso de donación, con el análisis de las causas de pérdidas potenciales de donantes.
3. Describir los factores hospitalarios que tienen impacto sobre el proceso de donación.

## **Ley de trasplante de órganos en Argentina:**

Ley 24.193. De Trasplante de Órganos y Tejidos – actualizado por Ley 26.066 –Sancionada: Marzo 24 de 1993.Promulgada: Abril 19 de 1993. La ablación de órganos y tejidos para su implantación de cadáveres humanos a seres humanos y entre seres humanos se rige por las disposiciones de esta ley en todo el territorio de la República. Exceptuase de lo previsto-, los tejidos naturalmente renovables o separables del cuerpo humano con salvedad de la obtención y preservación de células progenitoras hematopoyéticas y su posterior implante a seres humanos, que quedará regida por esta ley.

Entiéndanse alcanzadas por la presente norma a las nuevas prácticas o técnicas que la autoridad de aplicación reconozca que se encuentran vinculadas con la implantación de órganos o tejidos en seres humanos. Considerase comprendido al xenotrasplante en las previsiones del párrafo precedente cuando cumpliera las condiciones que oportunamente determinare la autoridad de aplicación.

La ablación e implantación de órganos y tejidos podrán ser realizadas cuando los otros medios y recursos disponibles se hayan agotado, o sean insuficientes o inconvenientes como alternativa terapéutica de la salud del paciente.

Luego de asegurarse que la información ha sido comprendida por los sujetos destinatarios de la misma, dejarán a la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar. Del cumplimiento de este requisito, de la decisión del dador, de la del receptor y de la del representante legal cuando correspondiere, así como de la opinión médica sobre los mencionados riesgos, secuelas, evolución, limitaciones y mejoría, tanto para el dador como para el receptor, deberá quedar constancia documentada de acuerdo con la normativa a establecerse reglamentariamente.

La extracción de órganos o tejidos en vida con fines de trasplante entre personas

relacionadas estará permitida sólo cuando se estime que razonablemente no causará un grave perjuicio a la salud del dador y existan perspectivas de éxito para conservar la vida o mejorar la salud del receptor.

Sólo estará permitida la ablación de órganos o tejidos en vida con fines de trasplante sobre una persona capaz mayor de dieciocho años, quien podrá autorizarla únicamente en caso de que el receptor sea su pariente consanguíneo o por adopción hasta el cuarto grado, o su cónyuge, o una persona que, sin ser su cónyuge, conviva con el donante en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida. Este lapso se reducirá a dos años si de dicha relación hubieren nacido hijos.

El consentimiento del dador o de su representante legal puede ser revocado hasta el instante mismo de la intervención quirúrgica, mientras conserve capacidad para expresar su voluntad, ante cuya falta la ablación no será practicada.

Los gastos vinculados con la ablación y/o el implante estarán a cargo de las entidades encargadas de la cobertura social o sanitaria del receptor, o de éste cuando no la tuviera.

Toda persona podrá en forma expresa: Manifestar su voluntad negativa o afirmativa a la ablación de los órganos o tejidos de su propio cuerpo.

Restringir de un modo específico su voluntad afirmativa de ablación determinados órganos y tejidos.

Condicionar la finalidad de la voluntad afirmativa de ablación a alguno o algunos de los fines previstos en esta ley -implante en seres humanos vivos o con fines de estudio o investigación.

De todo lo actuado se labrará acta y se archivarán en el establecimiento las respectivas constancias, incluyendo una copia certificada del documento nacional de identidad del fallecido.

De todo ello, se remitirán copias certificadas a la autoridad de contralor. Las certificaciones serán efectuadas por el Director del establecimiento o quien lo reemplace.

## **Definición de muerte:**

Confirmación de la muerte con pruebas obtenidas mediante la investigación clínica y exámenes complementarios cumpliendo criterios de muerte cerebral o muerte cardíaca.

## **Consentimiento presunto:**

En el cual es donante potencial, toda persona que no haya expresado de alguna manera su negativa a la donación. Sin embargo, aunque el cadáver sea "res communitatis", factible de ser usado para el bien común, "no se debe excluir completamente su vínculo de pertenencia afectiva por parte de los sobrevivientes" la consideración de la voluntad de los sobrevivientes tiene y conserva un peso de orden ético

## **Aspectos éticos**

A partir de 1975 se han esclarecido muchos problemas, se legisló sobre definición de muerte, se tienen pautas clínicas precisas sobre indicaciones, se conocen las reacciones inmunológicas del receptor, las formas de utilizar los órganos del donante, su extracción y conservación, se ha logrado una efectiva inmunosupresión, mejora la relación riesgo-beneficio y costo-beneficio. Por otra parte, ni las prioridades de la ciencia o las necesidades de la sociedad justifican perder de vista el bien personal del paciente. El interés por el enfermo lleva al imperativo de evitar el daño y procurar el bien.

Toda actividad médica sobre un ser humano depende de la conciencia recta, la honestidad, la justa intención, el objetivo tendiente al bien, la veracidad, la responsabilidad del equipo. Esta etapa, sembrada de situaciones imprevisibles, azarosas, desconocidas, accidentales, muchas



veces imposibles de prever; que en diversos momentos de la formación del médico, particularmente del cirujano, podemos englobar en la llamada "curva de aprendizaje"; requiere de la virtud de la prudencia y de una extrema responsabilidad, guiado por el objetivo de hacer el bien, evitar el daño, que los efectos no deseados puedan resolverse o atemperarse, que exista una razón grave y proporcionada que justifique la indicación terapéutica. Aunque haya "vida aparente" por la aplicación de métodos extraordinarios, hay "muerte real" si neurológicamente es incontrovertible.

El esquema más difundido y aceptado es el que consta en la ley argentina de trasplantes, ley 24193, que en su artículo 23 establece: "El fallecimiento de una persona se considera tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis horas después de su constatación conjunta: a) ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia. b) ausencia de respiración espontánea c) ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas. d) inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y / o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas.

La verificación de los signos referidos en el inc.d no será necesaria en caso de paro cardiorespiratorio total e irreversible". Ésta última aclaración al definirse legalmente la muerte, es porque el cadáver en esas circunstancias, no tendría utilidad transplantológica. Más allá de las definiciones legales, la polémica continúa en el plano ético teniendo en consideración factores como: a) Mantenimiento de la vida con medios desproporcionados o extraordinarios, con un objetivo utilitario. Habría una definición de muerte habitual, paro cardio-respiratorio, y otra para los posibles dadores, que sería neurológica. b) Temor de actitudes poco prudentes o irresponsables, sin respeto por la cautela, la prudencia y el actuar en forma colegiada en la definición de muerte frente a un potencial dador a quien se

mantiene con corazón latiente. Es imprescindible una clara conciencia ética de respeto por la vida por parte del equipo médico, de no

subordinar la declaración de muerte del enfermo, ni a los objetivos de la ciencia, ni a los de la sociedad. No basta la pérdida de la conciencia, o de las relaciones propias de la corteza cerebral, sino que todo el encéfalo esté muerto. La responsabilidad de la definición de muerte es médica. En la misma línea de pensamiento, Juan Pablo II dice: "Los científicos, los analistas y los eruditos deben continuar sus investigaciones y sus estudios a fin de determinar con la mayor precisión posible el momento exacto y el signo irrecusable de la muerte. " Los moralistas, los filósofos y los teólogos han de encontrar soluciones apropiadas a los nuevos problemas o a los aspectos nuevos de los problemas de siempre a la luz de nuevos datos. han de ejercer lo que la tradición moral llama la virtud de la prudencia, que supone la actitud moral y la fidelidad al bien". "

¿Como conciliar el respeto a la vida, que prohíbe toda acción susceptible de provocar o adelantar la muerte, con el bien que puede derivar para la humanidad de la extracción de órganos para el trasplante a un enfermo que los necesita...?" "En la práctica, la teología ha aceptado la definición de muerte que la ciencia médica determina en cada momento"

Si bien el cadáver es "res publica" no sujeto a derecho; requiere respeto en su trato y manipuleo. Coincido con Monge cuando expresa que: "No respeta la libertad una ley que establece la donación como cosa obligatoria, como si el cadáver, que ya no es sujeto de derecho, quedara a merced de la autoridad civil". Ésta referencia es válida para la legislación argentina, inspirada en la española, que establece que todo ciudadano fallecido es donante, salvo que haya expresado su oposición a serlo.

## **Aspectos Sociales:**

### **Étnicos:**

El Catolicismo: donar órganos es una forma de hacer caridad, una manera de producir un acto de amor fraternal. Los trasplantes están aceptados doctrinaria y moralmente, de manera expresa, por la Santa Sede.

El Islam: sostienen como principio la preservación de la vida y consideran que el cuerpo humano, vivo o muerto, es sagrado. Reconoce como legítima la donación de un órgano o de parte de él para ser trasplantado a un paciente en riesgo de perder su vida. Exige que el donante haya fallecido.

Testigos de Jehová: “nos negamos a las transfusiones debido a que en distintos pasajes de la Biblia Dios nos prohíbe comer sangre, y ese argumento es aplicable a la transfusión y a la donación”.

En Judaísmo: salvar la vida de una persona equivale a salvar a la humanidad, y dañarla, es violar las leyes sagradas, toda vida humana es idéntica. Además, la salvación de toda vida humana es un mandato espiritual y que para cumplir ese alto y noble fin está permitido, incluso, transgredir las normas sabáticas. Entrevista al rabino Gabriel Hoffer, de la Asociación Hebrea Israelita Sefaradí de Socorros Mutuos. La Biblia, en Deuteronomio (21:22-23), menciona la prohibición de dejar un cuerpo fallecido sin enterrar. El libro SeferHaJinuj, denomina a esta acción “nivulhamet” (respeto del muerto). Los Sabios, explican que la ley judía es muy estricta en cuanto a la prohibición de mutilar un cuerpo sin vida, u obtener provecho de un cadáver. Es considerado una violación, dado que el cuerpo tuvo alguna vez dentro de sí un alma sagrada, y debe ser tratado con el máximo respeto. Sin embargo el Judaísmo considera a la vida sagrada. Por esta razón, donar un órgano para salvar a una persona, es el acto más alto de virtud. Pero a veces la donación de órganos es

problemática ya que la ley judía explica que una persona falleció, partiendo de la suspensión de las funciones biológicas hasta donde puedan determinarlas nuestros sentidos. Si existiese una remota posibilidad de restaurar la vida mediante el uso de técnicas de resucitación naturales, el mandamiento de salvar una vida es aplicable. Se decide la donación analizando cada caso en particular mediante un consenso rabínico. Se cuestiona si un trasplante es permitido en función del daño que sufre el donante al ser objeto de dichos procedimientos. Los rabinos aprueban este procedimiento si no disminuye la vida del donante y las probabilidades de éxito son altas y se permite la cirugía si se cree que el trasplante puede salvar una vida, honrando y glorificando así al donante. Con esta acción se aplica el principio talmúdico que menciona: "Se ayuda a una parte, sin dañar a otro".

### **Recursos:**

Quedan prohibidos toda contraprestación u otro beneficio por la dación de órganos o tejidos, en vida o para después de la muerte, y la intermediación con fines de lucro. El que directa o indirectamente diere u ofreciere beneficios de contenido patrimonial o no, a un posible dador o a un tercero, para lograr la obtención de órganos o tejidos; el que por sí o por interpósita persona recibiera o exigiera para sí o para terceros cualquier beneficio de contenido patrimonial o no, o aceptare una promesa directa o indirecta para sí o para terceros,

Para lograr la obtención de órganos o tejidos, sean o no propios; el que con propósito de lucro intermediara en la obtención de órganos o tejidos provenientes de personas o de cadáveres.

### **Campañas de información:**

Ley 25.505 - LEY NACIONAL DE INSCRIPCIÓN DE DONANTES DE ÓRGANOS

Instrumentase la campaña nacional de donantes de órganos Sancionada: Noviembre 14 de 2001. Promulgada de Hecho: Diciembre 11 de 2001.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, sancionan Ley Nacional de Inscripción de Donantes de Órganos.

**Art 1º:** El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio del Interior, promoverá la donación voluntaria de órganos y materiales anatómicos para proveer al cumplimiento de la Ley 24.193, instrumentando la campaña nacional de donantes de órganos “Por más vida” en todo el territorio nacional.

**Art 2º:** El Poder Ejecutivo impulsará la campaña nacional para inscribir donantes en los locales destinados a la realización de los comicios, en oportunidad de desarrollarse elecciones nacionales; en un sitio exclusivo destinado a informar y recabar la voluntad de los ciudadanos respecto a la donación de órganos o materiales anatómicos.

### **Implicación de jueces:**

La extracción de órganos o tejidos en vida con fines de trasplante entre personas Relacionadas (pariente cosanguíneo o por adopción hasta cuarto grado, o su cónyuge, o conviva con el donante....artículo 15), estará permitida sólo cuando se estime que razonablemente no causará un grave perjuicio a la salud del dador y existan perspectivas de éxito para conservar la vida o mejorar la salud del receptor se deberá quedar constancia documentada. La reglamentación establecerá los órganos y tejidos que podrán ser objeto de ablación.

En caso de muerte violenta, la autoridad competente adoptará los recaudos para ubicar a los familiares a efectos que den cuenta o testimonien la última voluntad del causante, debiendo dejar debidamente acreditada la constancia de los medios y mecanismos utilizados para la notificación en tiempo y forma.

El juez que entiende en la causa ordenará en el lapso de 6 horas a partir del fallecimiento la intervención del médico forense, policial o quien cumpla tal función, a fin de dictaminar si los órganos o tejidos que resulten aptos para ablacionar no afectarán el examen autopsiano. Aun existiendo autorización expresa del causante o el testimonio referido dentro de las 6 horas de producido el deceso, el juez informará al INCUCAI o al organismo jurisdiccional correspondiente la autorización para llevar a cabo la realización de la ablación, a través de resolución judicial fundada, con especificación de los órganos o tejidos autorizados a ablacionar de conformidad con lo dictaminado por el mismo forense.

Una negativa del magistrado interviniente para autorizar la realización de la ablación deberá estar justificada conforme los requisitos exigidos. El jefe, subjefe o el miembro que designen del equipo que realice la ablación deberá informar de inmediato y pormenorizadamente al juez interviniente los órganos ablacionados en relación con los autorizado, el estado de los mismos.

### **Aspecto Clínico:**

#### **Muerte encefálica:**

El fallecimiento de una persona se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis horas después de su constatación conjunta:

- a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia;
- b) Ausencia de respiración espontánea;
- c) Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas;
- d) Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas.

La verificación de los signos referidos no será necesaria en caso de paro cardiorrespiratorio total e irreversible.

### **Coordinador hospitalario- Estrategia Hospital Donante:**

El constante incremento de pacientes con indicación de trasplante requiere de la evaluación y monitoreo de resultados, para diseñar políticas sanitarias de intervención con la finalidad de sostener y consolidar el desarrollo de la procuración de órganos y tejidos en nuestro país. Para ello, el Ministerio de Salud de la Nación a través del INCUCAI y el sistema de procuración, implementan el Plan de Desarrollo de Trasplante Renal que articula acciones para prevenir y tratar la enfermedad renal crónica. La implementación del Hospital Donante, propone que los establecimientos sanitarios incorporen la procuración de órganos y tejidos como una actividad médico asistencial, garantizado por el sistema de salud. Para ello estimula la participación del recurso humano, promueve planes de capacitación y el desarrollo de protocolos de intervención.

### **El Hospital Donante**

Incorpora la generación de donantes de órganos y tejidos a los objetivos institucionales.

Involucra los servicios de terapia intensiva y emergentología como unidades generadoras de donantes de órganos. Involucra los servicios de internación, incluyendo enfermería, para la generación de donantes post-PCR. Garantiza las etapas del proceso de donación en el hospital. Implementa acciones de capacitación y comunicación hacia todos los niveles del recurso humano hospitalario.

La ejecución del plan de acción estará a cargo de un comité de procuración, integrado por miembros del hospital: Dirección, Áreas Críticas, Comités de Docencia e Investigación, Comités de Bioéticas y de un Coordinador Hospitalario de Trasplante.

A Nivel de Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Debido a la complejidad sanitaria de la ciudad de Buenos Aires donde hay un fraccionamiento de camas de internación generales y de unidades críticas y centralización del proceso donación en una única entidad pública (Instituto de Trasplante) nos obliga a desarrollar un modelo organizativo diferente que actúe en red.

Uno de los aspectos a tener en cuenta en esta región sanitaria donde los hospitales públicos brindan tratamiento de trasplante a un número importante de pacientes de todo el país, independientemente de la condición social, cultural y/o económica de cada individuo sin diferenciar por su domicilio de origen. De esta forma, se cumple con uno de los principios éticos de la ley de trasplante: justicia social. En contrapartida, la elevada demanda y la falta de una logística adecuada atenta contra la equidad al momento de evaluar la accesibilidad de los pacientes a las listas de espera. Es importante generar un circuito asistencial y logístico abarcativo de todo el proceso de donación-trasplante, los Coordinadores Hospitalarios deben incorporarse a la totalidad del proceso, siendo los responsables de iniciarlo, guiar su desarrollo en cada una de las etapas coordinando la participación multidisciplinaria de la institución (neurólogos, psicólogos, asistentes sociales) y acompañar todo el proceso hasta la concreción del trasplante. Resulta necesario plantear una logística operativa diferente en la coordinación hospitalaria dentro de los hospitales con alta complejidad y especialmente los que tienen actividad de trasplante, los cuales son identificados como cabecera de región.

Basándonos en la nueva organización del sistema sanitario público en nuestra ciudad que consiste en la regionalización de la actividad en 4 Zonas Sanitarias, con Hospitales Cabecera sobre un área sanitaria definida, en 2012 se aprobó la estructura de 4 Secciones de Procuración en dichos hospitales.

Estas Secciones de Procuración se constituyen en unidades funcionales interdisciplinarias dentro de los hospitales, destinadas a ofrecer una solución integral a la problemática del trasplante:



escasez de órganos y tejidos, dificultades para acceder a las listas de espera, seguimiento y continuidad en el tratamiento post-trasplante.

### **Resultados:**

Dado los puntos analizados respecto de Leyes, Aspectos Éticos, Aspectos Sociales, y Aspectos Clínicos comparando España con Argentina se comprende la alta tasa de donación y trasplante de órganos y tejidos y el bajo tiempo de espera en listas. La diferencia entre los resultados entre Argentina y España radica fundamentalmente en la distinta organización sanitaria, nuestra ciudad es un sistema sanitario mixto (privado y público), la falta de institucionalización de la procuración dentro del sistema sanitario (estrategia Htal Donante-Secciones de Procuración) que es lo que se comenzó a implementar.

### **Conclusiones:**

En los últimos años se observó un crecimiento sostenido en la tasa de donación en Argentina a 15 pmh y la ciudad de Buenos Aires 32,5 (año 2012), que se debe a la implementación de estrategias sanitarias para solucionar el problema de la escasez de órganos. Aunque no es suficiente habrá que esperar el desarrollo completo de la estrategia Hospital Donante, involucrando a todo el personal sanitario en dicho proceso, para evitar escapes de detección de potenciales donantes, y continuando campañas de educación hacia el personal sanitario y la comunidad como charlas en los colegios, al personal de policía para poder agilizar los tiempos.

## **Bibliografía y fuente de datos**

www.ont.es

[www.incucai.gov.ar](http://www.incucai.gov.ar)

El modelo español de coordinación y trasplantes. Matesanz, Rafael. 2º edición. 2008

*Cuadernos de Bioética 2001/2 "Fermín García Marcos Aspectos éticos en trasplante de órganos  
253-265*

Diario La Nación artículo titulado "La donación de órganos y la fe religiosa".

[www.delacole.com/cgi-perl/medios/vernota.cgi?medio=comunidades&numero=498&nota=498-3](http://www.delacole.com/cgi-perl/medios/vernota.cgi?medio=comunidades&numero=498&nota=498-3)