

MUERTE Y DONACIÓN DE ÓRGANOS CON FINES DE TRANSPLANTE. Un sondeo entre jóvenes estudiantes argentinos de Ciencias de la Salud ¹

SERGIO CECCHETTO

(CONICET / AadIE-BA; Argentina)

RESUMEN

La biomedicina contemporánea postula distintos criterios de muerte, los cuales posibilitan la ablación y el posterior trasplante de los órganos y tejidos humanos. Ello desafía los esquemas científico-culturales tradicionales que mencionan al cese de las funciones cardio-respiratorias como condición necesaria para declarar muerto a un ser humano. Este trabajo pretende profundizar aquello que jóvenes argentinos, estudiantes de ciencias de la salud (legos en cuestiones médicas), conocen respecto del requisito de muerte cerebral (encefálica) para proceder a la ablación de órganos, y el significado que ese concepto evoca en ellos, destacando en qué medida las postulaciones científicas en boga armonizan con sus creencias y sentimientos particulares respecto de la vida y de la muerte.

PALABRAS CLAVE: Transplantes - Criterios de Muerte - Estudiantes - Bioética - Ciencias de la salud

ABSTRACT

The current biomedicine states that there are different death criteria that make the organs removal and transplant possible. The traditional scientific and cultural conceptions, which considered the ending of cardio-respiratory functions as a necessary condition to assert the death of a human being, are thus being defied. The present paper examines what young Argentinians-Health Studies students that are not informed about medical issues-know about the brain death as a condition to an organ removal. It also analyses the connotations that this concept has for them, stressing that the current scientific assessments are in accordance with their beliefs and particular feelings regarding life death.

KEY WORDS: Transplants – Death Criteria – Students - Bioethics - Health Sciences

Introducción

La ablación y posterior trasplante de órganos y tejidos entre seres humanos suele acontecer, la más de las veces, entre donantes fallecidos y receptores vivos. Recurrir a un cadáver para procurarse materiales anatómicos es una práctica razonable, dado que los beneficios que se obtienen con ellos son prácticamente idénticos a los alcanzables con donantes vivos, obviando la desventaja de exponer a estos últimos a riesgos

¹ Una versión preliminar de este documento fue presentado para su discusión en el IV Simposio Internacional sobre el Coma y la Muerte, La Habana, Cuba, abril 2004.

innecesarios y a una merma física de importancia. Es opinión habitual y ampliamente difundida que, en cuestiones de trasplantes y en igualdad de circunstancias, siempre ha de preferirse un cadáver antes que echar mano a una persona viva para alcanzar el mismo objetivo.

Una de las cuestiones centrales a dilucidar desde el punto de vista técnico, médico-legal y ético respecto de las ablaciones *postmortem*, es extremar las garantías que permitan con certeza comprobar y certificar la muerte del dador. Este aspecto inicial y polémico es el que habilitará, oportunamente, el inicio del proceso de solicitud del consentimiento a los familiares del fallecido, de los procedimientos de extracción y su traspaso a un tercero o terceros vivos, ya que en ocasiones se toma más de un órgano para atender los requerimientos de distintos enfermos necesitados.

Es bien sabido que la biomedicina contemporánea se ha mostrado capaz de mantener la función cardíaca y respiratoria por medios artificiales en pacientes que presentan el cese total de su actividad cerebral, con el objeto de aprovechar sus órganos e implantarlos en otras personas. La así llamada muerte encefálica (y, en ocasiones y de manera más confusa, muerte cerebral -*brain death*-) ha sido definida como la pérdida total e irreversible de todas las funciones cerebrales, incluyendo las que dependen del tronco encefálico. A partir de esta definición las personas pueden ser declaradas legalmente muertas, en base a un criterio y a unas pruebas específicas que permiten sortear la posibilidad de ser enterrado estando aún vivo y abriendo la puerta, entonces sí, a cualquier utilización posterior del cadáver en cuanto "material anatómico".

Este nuevo criterio de muerte es recogido por diversos cuerpos normativos de distintos países, incluso en la República Argentina. Estudios realizados con distintas poblaciones señalan dificultades en la comprensión y en la aceptación del nuevo criterio. La muerte encefálica tiende a confundirse para algunos con estados de coma, mientras que otros sospechan que las donaciones se efectivizan cuando sólo una parte del individuo está muerto (es el cerebro el que ha muerto, pero no así la persona en su totalidad). La confusión que reina sobre esta noción entre legos en cuestiones médicas y profesionales de la salud es fuente permanente de conflicto cognitivo y emocional.

Es nuestro interés en este trabajo profundizar en aquello que los jóvenes conocen respecto del requisito de muerte encefálica para proceder a la ablación de órganos, y el significado que ese concepto evoca en ellos. Tratándose de legos en cuestiones médicas se vuelve interesante, además, descubrir en qué medida las postulaciones científicas armonizan con sus creencias y sentimientos particulares respecto de la vida y de la muerte, atendiendo a que la nueva noción propugnada desafía los esquemas científico-culturales tradicionales que mencionan al cese de las funciones cardio-respiratorias como criterio válido de muerte.

Material y método

Para llevar adelante este estudio de naturaleza exploratoria y sincrónica se optó por una metodología cuantitativa, utilizando como instrumento de recolección de datos un formulario de encuesta. El mismo fue traducido y adaptado sobre la base del confeccionado en la investigación multicéntrica dirigida por Stuart Youngner (E.E.UU.) y Calixto Machado (Cuba) en el año 2000. Para cumplir con nuestros objetivos la simplificación del instrumento original se tornó indispensable, ya que el público a entrevistar, por formación y edad, no hubiera podido enfrentarse con éxito a una requisitoria muy detallada y profunda sobre muerte y transplante de órganos entre seres humanos. El tema de indagación propuesto no suele ser objeto de conversaciones cotidianas, ni está inserto dentro de los planes de estudio formales en las carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Provincia de Buenos Aires, República Argentina), que es el área en la cual decidimos reclutar a nuestros jóvenes informantes, tratando de evitar así sesgos en el universo a considerar. La selección de la población guarda relación con otras muestras equivalentes estudiadas en Cuba y Mozambique (por Ricardo Hodelín Tablada), con el objeto de poder oportunamente comparar las realidades que afligen a nuestros países.

Nuestra muestra representativa, probabilística, estratificada y por racimos se compuso de 200 estudiantes activos, entre los 19 y los 30 años de edad, los cuales cursaban el segundo y el tercer año de las carreras de Enfermería –en adelante *E-*, Servicio Social –en adelante *S.S.*– y Terapia Ocupacional –en adelante *T.O.*– durante el segundo cuatrimestre de 2003. La cantidad de elementos muestrales por carrera guarda relación con el número total de alumnos activos matriculados en ese período. Ninguno de los entrevistados, seleccionados de manera aleatoria de acuerdo con los listados de asistencia a las materias troncales previamente elegidas, pertenecía a la comunidad médica propiamente dicha (es decir, eran legos o no expertos), a pesar de que unos pocos –que se señalarán en los resultados– ya hacía prácticas dentro de algún efector de salud. Entendemos por materias troncales aquellas que se destacan de la currícula en razón de su centralidad dentro de la carrera universitaria seleccionada y su régimen de correlatividades. Quedaron excluidos de nuestra muestra aquellos alumnos que hubieran participado en una situación en la cual debieron autorizar o denegar los órganos de algún familiar post-mortem, y también aquellos que donaron o recibieron ellos mismos algún órgano de donante vivo o muerto.

Tomamos en cuenta como variables la edad, la carrera de pertenencia, además de la religión y el sexo de los participantes, habida cuenta de que en la bibliografía específica sobre transplantes estos atributos aparecen con frecuencia como los más relevantes a la hora de señalar tendencias.

El instrumento, tal cual quedó conformado, puso en juego no sólo aspectos cognitivos-rationales de los encuestados sino también sus reacciones emocionales y sentimentales, atendiendo así a una indispensable

complementación. La encuesta se estructuró en base a siete preguntas cerradas. Luego de consignar los datos básicos del entrevistado (edad, sexo, carrera universitaria y año que cursa, creencia religiosa, práctica profesional en algún efector sanitario), las primeras preguntas se orientaron a cubrir las opiniones que los mismos tenían sobre la muerte, sus criterios operativos y el más allá de la muerte. Estas preguntas fueron formuladas para atender especialmente a los aspectos cognitivos-rationales en torno de la muerte y el morir humanos. Las preguntas n° 4 y n° 5, en cambio, proporcionaron ejemplos concretos sobre enfermos hipotéticos que estaban atravesando una situación crítica específica, y se requirió de los participantes que ponderaran esas realidades para decidir si el enfermo en cuestión podía ser considerado muerto o no, al tiempo que se inquirió sobre la licitud ética de la ablación de los órganos de estas personas. En esta ocasión el objetivo de la indagación fue poner en relación el bagaje cognitivo-rationale de los participantes con el resto de las concepciones legales y sociales y emocionales que envuelven de hecho situaciones concretas de muerte y eventual transplante de órganos y tejidos. Las dos últimas preguntas (n° 6 y n° 7) remitían nuevamente al terreno personal, debiendo los jóvenes responder en esta ocasión sobre su propio estado disposicional a la donación, respecto de sí mismos y de allegados inmediatos. Disposición significa en este contexto estar o no dispuesto a ser donante de órganos cadavéricos, por sí o por terceros, más allá de que algunos entrevistados pudieran o no haber asumido ese compromiso en vida frente a agencias oficiales de procuración. Por otra parte el listado de allegados al que hicimos referencia fue: padre, madre, hermano y esposa, dejando a un lado a los hijos por una razón especial: el tratamiento de las donaciones con los hijos pequeños conlleva dificultades propias, que podría resultar en distorsiones de nuestros resultados finales.²

El formulario fue anónimo. Los datos fueron recolectados entre los meses de noviembre y diciembre de 2003 por el propio investigador responsable y, para su análisis, se procedió a identificar los núcleos relevantes y a relacionarlos con las diferentes variables consignadas.

Resultados

Nuestra muestra se conformó con 163 mujeres (82,0%) y 37 varones (18,0%), con una edad promedio de 23,20 años, y cuyos extremos oscilaron entre los 19 y los 30 años. Nuestras 200 unidades de análisis se distribuyeron de la siguiente manera: 80 en la carrera de Servicio Social (40,0%), otros 40 en la carrera de Enfermería (20,0%) y los restantes 80 en la carrera de Terapia Ocupacional (40,0%), guardando correlación con el peso relativo del alumnado dentro de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Provincia de Buenos Aires,

² FREIDIN, B., *Los límites de la solidaridad. La donación de órganos, condiciones sociales y culturales*, Buenos Aires, Lumière, 2000.

República Argentina) durante el año en estudio. Apenas un pequeño número de ellos trabajaba en instituciones de salud públicas (3.0%) y privadas (otro 4.0%), haciendo prácticas o bien valiéndose de un título habilitante previo, de características no universitarias.

De entre ellos 146 (73,0%) se declararon católicos, 26 ateos (12,0%), 17 protestantes (9,0%), 10 agnósticos (5,5%), 1 judío (0,5%), distribuidos de manera homogénea en la muestra analizada. A pesar de que el 82,5% de ellos se describió como creyente, tan sólo el 52,0% (104) dijo tener fe en la existencia de una vida después de la muerte, otro 32,0% (66) no se animó a expedirse sobre este tópico y por último otro 15,0% (30) declaró no creer en ningún tipo de vida ultraterrena.

Al ser consultados sobre cuál o cuáles eran los órganos que, al cesar su función, determinaban la muerte de un individuo, los entrevistados se inclinaron por señalar al cerebro (33,5%), y en una proporción algo mayor al corazón (49,0% de los casos), aunque una parte de este grupo (11,5%) asoció su respuesta con el pulmón, conformando así una dupla coherente con el tradicional criterio de muerte cardio-respiratorio. Esta tendencia tuvo una distribución homogénea en todas las carreras y para ambos sexos.

En concordancia con ello varones y mujeres se inclinaron por suscribir el criterio de muerte cardio-respiratorio en un 57,0% de los casos, mientras que el criterio de muerte encefálica –cese de todas las funciones del cerebro- fue sostenido por el 40,0% de los encuestados, y un exiguo 3,0% eligió algún otro criterio al efecto. Tampoco en esta oportunidad se destacaron diferencias notables de acuerdo al sexo ni a la carrera de pertenencia. Sin embargo esta variable reconoció modificaciones de interés cuando se la relacionó con la religión que profesaban los informantes: se demarcó una tendencia a considerar como válido el criterio de muerte por paro cardio-respiratorio, siendo los ateos, los más divididos en su opinión (el 50,0% se manifestó de acuerdo con esta postura, contra un 47,0% que estaba de acuerdo en considerar como criterio rector a la muerte encefálica). Se evidenció una inclinación por el criterio de muerte cardio-respiratorio con un 65,0% contra un 35,0% en el caso de los protestantes, y un 66,6% contra un 33,4% en el caso de los agnósticos. También entre los católicos, grupo mayoritario de nuestros encuestados, la opinión estuvo claramente a favor del criterio de muerte cardio-respiratorio en un 56,7% de los casos contra un 39,7% que estuvo de acuerdo en considerar como criterio de muerte válido el encefálico. (*Ver Cuadro 1*)

Remitiéndolos a un terreno personal, se solicitó a los jóvenes responder sobre su propio estado disposicional a la donación, respecto de sí mismos y de allegados inmediatos (hermano, padre, madre, esposa), en el caso de que su cerebro quedase destruido severa y definitivamente. Se manifestaron dispuestos a donar sus propios órganos un 62,0% de los encuestados, mientras que un 24,0% de ellos no se mostró bien predispuesto para ello, con una cifra de indecisos del 14,0%. Estos porcentajes cambiaron considerablemente cuando la donación se planteó en virtud de los órganos de un familiar, pues donaría los órganos el 33,0% de la muestra, mientras

que no lo haría un 25,0%, y se mostró indeciso el restante 42,0%. En resumen, se evidenció una mayor predisposición a tomar partido por la donación de órganos cuando los mismos correspondían al propio cuerpo, mientras que no se reflejó la misma seguridad cuando había expresar sustitivamente la decisión por familiares cercanos. (Ver Cuadro 2)

La cautela expresada pudo rastrearse en relación al sexo de los encuestados. Mientras estarían dispuestos a donar los propios órganos en situación de daño cerebral severo e irreversible el 59,5% de los varones y el 62,5% de las mujeres, esta certeza se disolvió a casi la mitad cuando los órganos eran los de allegados; crecieron en este contexto la indecisión y la opinión negativa, especialmente entre las mujeres. (Ver Cuadro 3)

Católicos y protestantes conformaron el mayor grupo de indecisos cuando se trató de donar órganos propios (24,6% de los católicos y 23,5% de los protestantes), en contraposición a ateos (65,3%) y agnósticos (80,0%) que se inclinaron mayoritariamente por la donación. (Ver Cuadro 4) Pero, cuando eran los órganos de un familiar los que entraban en juego, los indecisos crecieron entre católicos y ateos, y el número de los bien predispuestos a donar se achicó considerablemente. (Ver Cuadro 5)

Con el objeto de poner en relación el bagaje cognitivo-racional de los participantes con el resto de las concepciones legales, sociales y emocionales que envuelven situaciones concretas de muerte y eventual trasplante de órganos y tejidos, se proporcionaron dos ejemplos hipotéticos en los cuales distintos enfermos se mostraban atravesando una situación médica crítica. Se requirió de los encuestados que ponderaran esas realidades y decidieran si los enfermos en cuestión podían ser considerados muertos o no, y si era éticamente lícito proceder a la ablación de sus órganos.

En la primera situación planteada, un enfermo llamado Juan sufría pérdida definitiva y comprobada de todas las funciones del cerebro. Su corazón no latía espontáneamente. La respiración era mantenida por ventilación mecánica por no tener impulso respiratorio propio, y la tensión arterial se estabilizaba con el uso de medicamentos. El enfermo precisaba de cuidados intensivos especiales para su supervivencia. Considerado el caso en términos científicos y legales vigentes en la Argentina, este paciente estaba clínicamente muerto de acuerdo con el criterio de muerte encefálica, y no existían impedimentos para realizar la ablación de órganos y su posterior trasplante, si bien estos últimos datos no fueron proporcionados dentro del instrumento que se les acercó a los encuestados.

Al analizar la cuestión sólo un 32,0% de la muestra interpretó que Juan estaba muerto, y un 61,5% lo negó de plano. (Ver Cuadro 6) Este rechazo se concentró en las carreras de S.S. (58,8%) y de T.O. (un 67,5%), en la cual también hubo un porcentaje alto de indecisos (el 12,5%). (Ver Cuadro 7)

Pero, acto seguido, uno de cada cuatro encuestados que interpretaron que Juan estaba con vida se mostraron dispuestos a aceptar la ablación de sus órganos y no identificaron elementos éticos que la volvieran ilícita. Por

otro lado, uno de cada cuatro individuos que consideraron a Juan muerto no aceptaron que ninguna donación pudiera realizarse. (*Ver Cuadro 8*) Estas inconsecuencias se repartieron en partes iguales en las distintas carreras de origen y en los distintos grupos religiosos, destacándose los ateos y los agnósticos en su pretensión de donar aún estando Juan vivo.

La segunda situación planteada dio cuenta de la posición de Mariel, una enferma con pérdida definitiva y comprobada de todas las funciones cerebrales responsables de la comunicación, imposibilitada para expresar sus deseos y afectos, para aprender y comprender lo que acontecía a su alrededor. Su respiración, temperatura y tensión arterial eran normales. La paciente no precisaba cuidado médico intensivo, sino apenas sonda nasogástrica para su alimentación. Considerado el caso en términos científicos y legales vigentes en la Argentina, podría considerársela viva ya que la paciente sufría un estado vegetativo persistente, pero estos últimos datos no les fueron proporcionados a los encuestados.

Los informantes entendieron apenas en un 14,0% que Mariel estaba muerta –prácticamente todos estudiantes de S.S.–, y el número de indecisos sumó otro 5,5% del total. (*Ver Cuadro 6*) Pero aquí volvió a producirse un sinsentido semejante al consignado en el caso anterior: más de la mitad de los encuestados que interpretaron que ella estaba muerta se mostraron reacios a aceptar la ablación de sus órganos; mientras que uno de cada cinco de los que la creyeron viva aceptaron igualmente que la donación pudiera realizarse. (*Ver Cuadro 9*) Estas inconsecuencias volvieron a repartirse de manera homogénea entre las distintas carreras de origen y en los distintos grupos religiosos, destacándose nuevamente los agnósticos (40,0%) y los católicos (24,6%) en su pretensión de donar aún estando Mariel viva.

En resumen, entonces, y al igual que en el caso anterior, un importante número de estudiantes de ciencias de la salud no descarta la ablación de órganos de un paciente, aún creyendo que está clínicamente vivo. Creemos que este dato nos habla del desconocimiento de la legislación nacional de trasplantes de órganos y materiales anatómicos así como de la dificultad de asimilar sus aspectos científicos y éticos, al tiempo que subraya una relación entre la consideración clínica de la muerte humana y el tratamiento final de los despojos.

Discusión

La determinación de la muerte ha desatado en los últimos años del siglo XX una polémica que tiende a ampliarse. Si bien desde 1968 la noción de muerte cardio-pulmonar, y con ella la de su definición, criterio y pruebas, pareció perder protagonismo, la noción de muerte cerebral que vino en su

reemplazo alcanzó con rapidez una diversificación indeseada.³ En la actualidad conviven en las ciencias biomédicas por lo menos tres nociones de muerte cerebral, y una treintena de criterios concordantes, a saber: la escuela que defiende la muerte de todo el encéfalo, la que pregona la muerte del tronco cerebral y, la más radical de todas, la que aboga por la muerte neocortical.⁴ Todas ellas, a su debido tiempo, han sido fuertemente cuestionadas con argumentos éticos, religiosos, morales, filosóficos y científicos.

Para constatar "muerte cerebral" de acuerdo con estas escuelas, podría echarse mano de la noción que propugna la identificación de la muerte humana con la muerte irreversible de todo el encéfalo (no sólo de la corteza cerebral o del tronco cerebral).⁵ En este caso se trataría del cese permanente de las funciones integradoras del organismo como un todo, de manera concordante a como se desprende de las pruebas diagnósticas específicas que consignan los criterios de Harvard o los criterios americanos de muerte.

Si por el contrario, echáramos manos de la noción de muerte del tronco cerebral (a la que auxilian los criterios de Minnesota o los criterios británicos), la muerte podría definirse como el cese irreversible de las funciones integradoras del cerebro como un todo (control de funciones básicas como la respiración y el latido cardíaco y también algunas estructuras con función de activación del cerebro: la sustancia reticular activante).

Si, en cambio, la noción a utilizar fuera la proporcionada por la idea de muerte neocortical, bastaría con reconocer la pérdida irreversible de la conciencia, de la personalidad y de la cognición (tarea para la cual no existen pruebas definitivas) para declarar con certeza muerta a una persona.⁶

³ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL, Definition of Brain Death: A definition of Irreversible Coma, *Journal of American Medical Association* 205, 1968: 337-340. Este criterio fue convertido en ley en los EE.UU. en 1982 mediante el *Uniform Determination of Death Act*.

⁴ ESLAVA GÓMEZ, E., Controversias sobre muerte cerebral, *Persona y Bioética* 2 (6) 1999: 43-55.

⁵ HODELÍN TABLADA, R., De la muerte clínica a la muerte encefálica, *Revista Ecuatoriana de neurología* 6 (1-2) 1997: 37-43. También: Morte encefálica: dilemas atuais, *Revista Médica de Moçambique* 7 (3-4) 1999: 15-22; Muerte encefálica: en defensa del criterio de todo el encéfalo, *Cuadernos de Bioética (España)* 12 (44) 2001: 82-93.

⁶ El problema en este caso es que se extendería la noción de muerte que se maneja hasta abarcar unas realidades diversas: la que habitan los niños anencefálicos y también la de las personas con estado vegetativo persistente. Los primeros son capaces, por ejemplo, de experimentar dolor -prueba suficiente de vida humana- y el funcionamiento primitivo de su sistema nervioso (respiración espontánea) los descalifica para este diagnóstico de muerte cerebral; mientras que los segundos, si bien sufren de un estado relativamente estable, no por ello están encasillados en un estado irreversible. Decretar

Ahora bien, en cualquiera de los tres casos mencionados la evidencia empírica se confabula contra la realidad que se pretende calificar. Si, por ejemplo, una persona ve a otra dejar espontáneamente de respirar y constata el cese definitivo de su latido cardíaco, se da por satisfecha y la considera muerta, sin más, echando mano a la tradicional definición de muerte cardio-respiratoria y a su experiencia cotidiana. Por el contrario, cuando se aplica alguno de los otros criterios vigentes de muerte cerebral, el observador tiene que considerar fallecida a la persona para todo propósito, aunque esté en presencia de latido cardíaco, actividad pulmonar, el cadáver tenga buen semblante y adecuada temperatura, todos niveles alcanzados gracias a medidas técnicas auxiliares. Es verdad que suspendidas éstas, la muerte irreversible acaece en minutos u horas, el cuerpo entra en apnea y la circulación se detiene. El cerebro de ese individuo está muerto para todos los propósitos prácticos, no funciona ni volverá a funcionar, pero esa ayuda tecnológica que recibe disimula este estado basal de disgregación. El cese de la actividad cerebral es identificado aquí con la muerte del individuo, pero es innegable que resulta difícil interpretar que una vez muerto el encéfalo el resto del cuerpo no lo acompañe simultáneamente como conjunto unitario. Una muerte tal contradice la experiencia cotidiana del espectador y los conceptos que ella lleva implícita.

Esta falta de concordancia entre los datos recibidos por nuestros sentidos y la realidad biológica subyacente de la persona en muerte cerebral ha hecho que algunos autores como Robert D. Trugg, James C. Facker (1992) o el chileno Armando Roa (1998), señalaran la imposibilidad empírica de precisar el momento exacto en que la muerte acaece. Se inclinaron, más bien, por forjar un consenso social demarcatorio entre vivos y muertos, a través de leyes, casuística legal y política pública. En él los límites entre uno y otro estado se difuminan y por tanto no son la ciencia, ni la filosofía, ni la antropología quienes tienen la última palabra en estos asuntos, sino el conjunto de la sociedad, dibujando distintas categorías de muertos y, en consecuencia, una serie nueva de derechos y deberes para con ellos.

Pero, volviendo al criterio de muerte cerebral en su inicial formulación de 1968 y sabiendo que ha sido adoptado por un alto número de naciones, conviene recordar que esa nueva definición se hizo necesaria por dos razones: a) las medidas de apoyo y resucitación orientadas a los gravemente lesionados alcanzaban muchas veces éxito parcial, ocasionando grandes

muertos a estos pacientes en razón de este criterio poco riguroso con el sólo objeto de obtener sus órganos vitales, parece una especulación de corte pragmático y utilitarista, sustentada en argumentos técnico-biológicos. Hemos sostenido, en otro contexto, que "Estamos aquí en presencia de una moral medicalizada en la cual los argumentos biológicos operan como soporte de la argumentación moral, alterando la pregunta central de la ética (*¿cómo debemos actuar?*) por otra pregunta de naturaleza exculpatoria (*¿cómo debemos justificar nuestro actuar?*)." Ver CECCHETTO, S., "Anencefalia y trasplante de órganos", en: SOROKIN, P. (coord.), *Bioética: entre utopías y desarraigados*, Buenos Aires, Ad-Hoc, 2002: 243-252.

gastos económicos y obteniendo como resultado final individuos a corazón batiente pero cerebralmente dañados de manera irreversible. Las camas de hospital quedaban ocupadas por estos pacientes comatosos, cuando había otras personas esperando por su utilización; y b) la flamante técnica de trasplantes de órganos necesitaba de una comprensión acorde de la definición y criterio de muerte para no entrar en colisión con otra legislación ya existente -civil, penal, etc.-.⁷ Por lo tanto, “pacientes que sufren pérdida permanente del intelecto no deben ser considerados como seres humanos vivos”, a pesar de que “su corazón continúa latiendo”.⁸ La razón de ello es que existe una necesidad urgente de órganos humanos en condiciones adecuadas para realizar trasplantes, y por eso se echa mano de eventuales donantes cuyo corazón y pulmones continúan funcionando de manera asistida.

No insistiremos en que tan rampante instrumentalización de la filosofía utilitarista en el campo de los trasplantes es, cuanto menos equivocada, y probablemente ilegítima. La doctrina exige que la justificación del criterio utilitario se haga a partir de la exigencia que plantean determinadas acciones que se suponen deseables y cuya validación depende de que se acepte dicho criterio, y no en cambio que la justificación del criterio utilitario se produzca a partir de un principio que aparece como fundamento absoluto y omnicompreensivo.⁹

En el estudio que hemos llevado adelante entre jóvenes estudiantes de ciencias de la salud podemos ver en acción todos estos reparos, y observar la manera en que el criterio tradicional de muerte cardio-respiratorio se mantiene firme en el 57% de los encuestados, a pesar de que hace ya 35 años que una nueva formulación ha querido desterrarlo. Esta nueva doctrina ha sido adoptada sólo por el 40% de la muestra, en especial individuos no creyentes. El corazón, en tanto, continúa ejerciendo para la mayoría un papel ordenador y simbólico de primer orden (49%), en desmedro del

⁷ Ver AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL. *Op. cit.*: 337.

⁸ VEATCH, R. M., “Whole-Brain, Neocortical and Higher Brain Related Concepts”, en: ZANER, R. M. (ed), *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*. Kluwer Academic, 1988: 171-186. También AA.VV., Guidelines for Determination of Death, *Journal of the American Medical Association* 246, 1981: 2184-2186; y PRESIDENT’S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Defining Death*, Washington, U.S. Government Printing Office, 1981: 120-134: un individuo que ha sufrido “la cesación irreversible de las funciones del encéfalo completo está muerto”.

⁹ Esta y otras objeciones diversas a los trasplantes de órganos y tejidos humanos pueden consultarse en CECCHETTO, S., *Doctrina promiscua –ensayos sobre biomedicina, cultura y sociedad-*, Mar del Plata, Suárez, 2003. También FRANZ, H., et al., Explaining Brain Death: A Critical Feature of the Donation Process, *Journal of Transplant Coordination* 7 (1) 1997: 14-21

cerebro (33,5%). El factor religioso-cultural mostró aquí su impronta, puesto que entre todos los creyentes esta preferencia mantuvo índices altos.

Una exploración somera de la disposición a convertirse en potencial donante de órganos y tejidos mostró que el 62% de nuestros informantes lo aceptaría de buen grado (los indecisos -14%- y los que recusaron tal posibilidad -24%- completan el juego). Otros estudios llevados adelante en distintos países rondan cifras que van desde el 50% al 89%, pero sondeos registrados en la ciudad de Buenos Aires entre la población en general (de 18 a 50 años de edad) se registró una disposición favorable del 46% (1995) y del 57% (1999). De todas maneras conviene a nuestro propósito señalar que en todos esos trabajos se evidencia una asociación entre la mayor disposición a donar y otras variables sociodemográficas, tales como el alto nivel educativo. No es de extrañar, entonces, que entre nuestros jóvenes universitarios encuestados la cifra sea algo más alta que entre la población argentina en general. Idéntico avatar sufrió otra reciente investigación en la Universidad Federal de São Paulo, entre alumnos de medicina, enfermería, fonoaudiología, biomedicina y tecnología oftálmica, cuya predisposición a la donación también fue más alta que la registrada entre la población brasileña en general.¹⁰

Sin embargo este porcentaje elevado decayó a casi la mitad (33%) cuando se trató de decidir la donación por un familiar muy cercano (hermano, padre, madre, esposa), al tiempo que crecieron las dudas y aumentó la cautela (42%), en especial la de las mujeres. Un estudio similar realizado en la ciudad de Buenos Aires en 1999 expresó cifras parecidas a las nuestras (32% de voluntad de donar órganos de un familiar del cual se desconocían sus preferencias), siendo que en otros países como los USA o España esa intención crece hasta el 52%.¹¹

La falta de información fidedigna, el desconocimiento y la confusión conceptual se hicieron presentes cuando llegó el momento de evaluar casos clínicos concretos. No les resultó sencillo a nuestros encuestados establecer con certeza el estado vital de los hipotéticos enfermos es decir, saber si estaban vivos o si podía considerárselos ya muertos (especialmente a los estudiantes de S.S. y de T.O.). Esta vacilación inicial se prolongó en

¹⁰ PERON, A.; ALONSO LEITE, D.; DE LIMA LOPES, J.; CORTES CESCHIM, P.; ALTER, R.; DE AGUIAR ROZA, B.; SCHIRMER, J., "Avaliação do conhecimento dos alunos de uma comunidade universitária sobre doação e trasplantes de órgãos e tecidos: subsídios de reforma curricular", en: *Anais VI Congresso Mundial de Bioética*, Brasília, International Association of Bioethics - Sociedade Brasileira de Bioética, 2002: 107.

¹¹ KORNBLIT, A. L.; MENDES DIZ, A. M. *Actitudes de la población de Buenos Aires frente a la donación y trasplante de órganos*, Buenos Aires, INCUCAI - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 1999, mimeo. Son relevantes también las observaciones de YOUNGNER, S., "Organ Donation and Procurement", en: CRAVEN, J.; RODIN, G. (eds.), *Psychiatric Aspects of Organ Transplantation*, Oxford, Oxford University Press, 1992.

requisitorias posteriores, donde se trató de establecer si existían impedimentos éticos para retirar los órganos de esos enfermos con fines de trasplante. Dos situaciones igualmente erróneas se presentaron: la de aquellos que, admitiendo la muerte del paciente, encontraron moralmente ilícita la ablación (entre un 25 y un 45% de la muestra); y la de aquellos que, sin admitir la muerte del paciente, no vieron impedimento ético para que ablacionaran sus órganos y se los asignara a otros enfermos (entre un 20 y un 25% de la muestra).

Podemos entonces resaltar como conclusión relevante que si bien una información adecuada sobre las definiciones y los criterios de muerte, cardio-respiratoria o encefálica, fue exhibida por un número pequeño de nuestros encuestados, esta variable no evidenció estar relacionada con la disposición generalizada a la donación de órganos y tejidos humanos.

Conclusión

Existe una gran desinformación acerca de los aspectos biomédicos involucrados en los trasplantes de órganos y tejidos humanos, así como también respecto de la legislación en vigencia para el área, entre los estudiantes universitarios jóvenes de ciencias de la salud. La temática no es abordada de manera sistemática en las asignaturas obligatorias de formación profesional y, a falta de informaciones fidedignas y orgánicas por parte del Estado, instituciones de salud y académicas, agencias de procuración, medios de comunicación masivos y entidades intermedias, los estudiantes van conformando su opinión personal en base a discursos fragmentarios y llenando los claros con productos de su propia imaginación.

Al finalizar la situación de encuesta en los distintos cursos nos llamó poderosamente la atención la sorpresa que muchos de los alumnos manifestaban al reparar, por vez primera, que para convertirse en donante había que estar muerto primero, y que ese estado de la materia no permitía la oxigenación e irrigación sanguínea de los órganos y tejidos. Luego, interpretaban, ¡la única manera de ser donante era ofrecer los materiales anatómicos estando aún vivo! Frente a un panorama tan desolador no queda más que poner manos a la obra e introducir la temática donación/transplante como elemento curricular dentro de los cursos de graduación para las ciencias de la salud. Hasta tanto aquella información básica y la formación profesional específica no circulen de manera solvente entre los universitarios y, en un segundo momento, entre los miembros de la comunidad toda, la donación de órganos entre seres humanos no podrá ser configurada y comprendida como una acción ética, libre y autónoma.

CUADRO 1. Criterio de muerte, según religión de los encuestados (en números absolutos)

	Car- dio/respiratorio	Encefáli- co	Otros	TOTAL
Católica	97	68	6	171
Ateo	17	16	1	34
Protestante	13	7	-	20
Agnóstico	8	4	-	12
Judío	1	-	-	1
Total	136	95	7	238

(Nota: la variable *criterio de muerte* consideró más de una respuesta, quedando expuesto en los totales absolutos)

CUADRO 2. Disposición a la donación de órganos propios y de familiares

	Propios	De un familiar
Si	124 (62,0%)	66 (33,0%)
No	28 (14,0%)	50 (25,0%)
No sabe	48 (24,0%)	84 (42,0%)
Total	200 (100%)	200 (100%)

CUADRO 3. Donación de órganos propios y de familiares, según sexo (en números absolutos)

Órganos de familiares	V	M	Total	Órganos propios	V	M	Total
NO	5	45	50	NO	6	22	28
N.S.	18	66	84	N.S.	9	39	48
Total	37	163	200	Total	37	163	200

CUADRO 4. Actitud frente a la donación de órganos propios, según religión (números absolutos)

	Si	No	No Sabe	No Contes- ta	TOTAL
Católicos	83	19	36	8	146
Ateos	17	4	3	2	26
Protestan- tes	9	3	4	1	17
Agnósticos	8	0	2	0	10
Judíos	1	0	0	0	1
Total	118	26	45	11	200

CUADRO 5. Actitud frente a la donación de órganos de un familiar, según religión (números absolutos)

	Si	No	No Sabe	No Contes- ta	TOTAL
Católicos	43	36	59	8	146
Ateos	10	3	11	2	26
Protestantes	5	6	5	1	17
Agnósticos	4	2	4	0	10
Judíos	1	0	0	0	3
Total	63	47	79	11	200

CUADRO 6. Estado vital de Juan y Mariel, (en números absolutos y porcentaje)

	Sí	No	No Sabe	TOTAL
Juan	64 (32,0%)	123 (61,5%)	13 (6,5%)	200 (100%)
Mariel	28 (14,0%)	161 (80,5%)	11 (5,5%)	200 (100%)

CUADRO 7. Estado vital de Juan, según carreras de origen (en números absolutos y porcentaje)

	Juan está muerto	Juan no está muerto	No Sabe	Total
T.O.	16 (20,0%)	54 (67,5%)	10 (12,5%)	80 (100%)
S.S.	31 (38,7%)	47 (58,8%)	2 (2,5%)	80 (100%)
E.	16 (40,0%)	22 (55,0%)	2 (5,0%)	40 (100%)

CUADRO 8. Moralidad de la ablación de órganos en el caso Juan, (en números absolutos y porcentaje)

	Acepta- ble	No accepta- ble	No Sabe	Total
Está muerto	43	13	8	64 (32,0%)
No está muer- to	31	74	17	122 (61,0%)
NS	2	1	9	14 (7,0%)
Total	78	88	34	200 (100%)

CUADRO 9. Moralidad de la ablación de órganos en el caso Mariel, (en números absolutos y porcentaje)

	Acepta- ble	No acepta- ble	NS	Total
Esta muerta	17	7	4	28 (14%)
No está muer- ta	29	118	13	160 (80%)
NS	2	1	9	12 (6%)
Total	48	126	26	200 (100%)

Recibido: 28/04/2005

Aceptado: 18/05/2005