

Donación de órganos: Análisis Ético de la Situación Chilena

Luis Contreras A.¹

Resumen

La donación de órganos es una herramienta médica íntimamente ligada al desarrollo de la Bioética, esto porque la donación de órganos involucra conceptos que a la humanidad siempre le han intrigado: Vida y Muerte. Durante el año 2009 en Chile la tasa de donantes efectivos fue de tan solo 6,5/1.000.000 de habitantes, una cifra muy por debajo de la española quienes presentan una tasa de 34,3/1.000.000, lo que los convierte en los líderes mundiales en donación de órganos. Actualmente Chile vive un año especial, en Enero del 2010 se promulgo la nueva ley de transplante de órganos, esto significó un cambio en la forma de donar, hemos pasado de un sistema de “Respuesta Requerida” a uno de “Consentimiento Presunto”, similar al modelo español. El presente trabajo tiene por finalidad hacer una revisión crítica sobre la situación chilena en materia de donación de órganos, analizando la magnitud del problema, los dilemas éticos que implica, la ley chilena y los cambios éticos que trae consigo.

Palabras Clave: *Donación Órganos, Muerte encefálica, Moral*

Abstract

Organ donation is a medical procedure tightly bound to the development of bioethics due to its involving of two ever-intriguing concepts: life and death. During 2009, the actual donors rate was only of 6.5 per million inhabitants, a figure far below the one featured by Spain: 34.3 per million inhabitants, which sets them as the leading country of organ donation. Currently, Chile is facing a particular year. In January 2010 the new law of organ transplantation was enacted, which directly affected on the circumstances needed to perform donations, this is, we Chileans have moved from the “Requested Response” system on to the “Alleged Consentment” system, an approach similar to that used in Spain. This work is aimed at providing a rather critic review on the Chilean situation concerning organ donation, analyzing the scale of the issue, ethic dilemmas implied, Chilean laws and ethical changes as the result of its enactment.

Key Words: *Organ Donation, Brain Death, Moral*

¹ Médico- Cirujano. Cesfam y Postas Rurales de Paine. E mail: Lui.contreras.a@gmail.com

Introducción

La donación de órganos es un tema controversial. Es un tópico que involucra a muchos protagonistas: la sociedad, el estado, el estamento médico, el poder judicial, etc., así como también es un tema que lleva a la reflexión en diversos campos del pensamiento: Teología, Filosofía, Ciencia, Religión, Leyes, etc.

¿Por qué produce tanto debate este tema? El trasplante de órganos es una herramienta médica que ha permitido ayudar a muchas personas, las cuales sin ella simplemente habrían sucumbido frente a las enfermedades que los llevaron a esa condición. Sin embargo esta acción médica involucra conceptos que a la humanidad siempre le han intrigado: Vida y Muerte.

El desarrollo de la ciencia ha permitido que la medicina sea capaz de mantener a una persona con vida por más tiempo, perdiendo a veces la fina distinción entre tratamiento terapéutico y ensañamiento terapéutico. El avance tecnológico ha permitido plantear una pregunta que en el pasado tal vez fuera irrisoria: ¿Cuándo una persona está muerta?

Los Gobiernos de muchos países se han percatado de este dilema y han intentado resolverlo, o al menos pronunciarse sobre el tema, desarrollando leyes que regulan la donación de órganos y definiendo los criterios de muerte.

En el presente trabajo intentare dar a conocer la situación chilena respecto a la donación de órganos, reflexionando sobre los dilemas anteriormente mencionado.

1.- Magnitud del Problema

Según datos de la United Network for Organ Sharing (UNOS), en EEUU durante el año 2009 existieron 28.463 trasplantados, de los cuales el 76,8% fue por un donante fallecido y un 23,2% de un donante vivo. A su vez, ese mismo año hubo 19.341 donantes, de los cuales 54,8% eran donantes fallecidos y 45,2% donantes vivos. La lista de espera 2010 desde enero a septiembre es de 108.666 candidatos de los cuales un 79% es candidato a un riñón.¹

En nuestro país, según datos de la Corporación Nacional del Trasplante, durante el año 2009 existieron 111 donantes efectivos, constituyéndose en la cifra más baja desde el año 1997, por lo que la tasa de donantes efectivos es de tan solo 6,5/1.000.000 de habitantes. Estas cifras nos dejan muy por debajo de la situación española, quienes tienen una tasa de donantes de 34,3/1.000.000. En Latinoamérica la situación de donantes la lideran Uruguay, Argentina y Cuba; y pese a la baja tasa Chilena, aun nos encontramos por sobre países como Colombia y Brasil.²

Frente al rechazo que presentan las familias a la donación de órganos, la principal causa que se argumenta es precisamente la misma negativa familiar, principalmente el rechazo en vida de los fallecidos. Esta situación se viene manteniendo desde el año 2002, con unas cifras promedio de 35%. Argumentos como el miedo a la mutilación, religión o desconfianza se encuentran muy por debajo.²

Es interesante mencionar que desde el año 2010 entró en vigencia la nueva ley chilena respecto a la Donación de órganos que modifica la forma de donación. Sera interesante analizar durante el 2011 los datos obtenidos del 2010 y contrastarlo con la tendencia que se ha mantenido durante los últimos 10 años en Chile.

De acuerdo a una revisión publicada en la revista chilena de cirugía: “Los perfiles psicosociales de quienes están a favor o en contra de la donación se han

caracterizado identificando los fundamentos de ambos grupos. Los primeros se caracterizan por ser menores de 40 años, con alto nivel educacional, experiencia en casos de donación o trasplantes, con información recibida en su familia o mediante campañas especializadas, aceptan la intervención del cadáver, la pareja les refuerza positivamente y comprenden el concepto de muerte encefálica... Quienes son contrarios a la donación se caracterizan, en general, por ser mayores de 40 años, con menor nivel educacional, sin experiencia previa con donación o trasplantes, sin participación en actividades de servicio a la comunidad, rechazan la intervención del cadáver por considerarla una mutilación y desconocen el concepto de muerte encefálica.”³

La educación no deja de ser uno de los factores importantes en la negación de las personas y de las familias a la donación de órganos. Entender lo que sucede ayuda a disminuir los miedos que pudiesen tener las personas y las familias de los potenciales donantes. Aquello que se desconoce se rechaza, se tiende a huir de él. Es por esta razón que la necesidad de realizar educación a la comunidad es un deber intersectorial que compromete a la política, ciencias de la salud, religión, etc.

2.- Historia de los Trasplantes

El deseo de recuperar o reparar partes de nuestro cuerpo parece ser un sueño desde la antigüedad. Es posible encontrar evidencia de trasplante de tejidos no viscerales desde la Prehistoria.

La era premoderna de los trasplantes podemos situarla entre 1900 y 1959. En esta época se comienza a experimentar con modelos animales, mejorando las técnicas quirúrgicas como las anastomosis vasculares y haciendo observaciones respecto a las manifestaciones clínicas y el rechazo de injertos.⁴

Como muchas de las cosas en medicina, la terapia de injertos y trasplantes comenzó a surgir con la Primera Guerra Mundial, como una necesidad ante el aumento de las quemaduras y heridas de batalla. Las acciones aquí realizadas y los experimentos que se llevaron a cabo permitieron hacer la observación de que el rechazo de injerto es un fenómeno inmunológico asociado a los conceptos de sensibilización, memoria y tolerancia.⁶

En esta época comienza el conflicto ético. Como se tenía nociones del rechazo inmunológico, se sabía que para que un trasplante tuviese éxito debía ser de un gemelo monocigoto vivo. Como el riñón es órgano par, fue este el primer órgano en experimentarse como trasplante. La duda ética se planteó: ¿Es lícito la extracción de órganos de un sujeto vivo y sano a fin de trasplantarlo en otro y de ese modo salvar su vida?¹¹

Hacia fines de la década del 50, la donación de órganos seguía siendo una actividad experimental. No fue hasta la década de los 60 cuando comenzaron a desarrollarse las estrategias de inmunosupresión para disminuir el rechazo del receptor hacia el órgano donado.⁴

Por esos años de manera simultánea se desarrollaba el uso de fármacos antitumorales como Ciclofosfamida, Metotrexato y Aziatropina, así fue como en 1960 se desarrolló el primer trasplante de riñón de madre a hija utilizando ciclofosfamida y metotrexato como agentes inmunosupresores para disminuir el rechazo.⁴

El quiebre entre la experimentación clínica y el paso a un uso clínico como tal fue desarrollado por el Dr. Thomas Starzl quien demostró que con altas dosis de prednisona y azatriopina se puede revertir el rechazo e inducir tolerancia con la consecuente disminución de los requerimientos de inmunosupresores.⁵

El desarrollo de la inmunosupresión permitió realizar trasplantes entre sujetos no emparentados familiarmente, lo que permitió que el procedimiento del trasplante se masificara y comenzaran a utilizarse otros órganos. Esto planteó una nueva polémica ética: Los seres humanos estaban siendo utilizados como conejillos de indias, no muy distinto a lo que se realizó en los campos de concentración Nazi. Esto dio paso al surgimiento de los Comités de Ética de Investigación.¹¹

Respecto a otros órganos, el primer trasplante de hígado fue realizado en 1963 aunque infructuoso debido a complicaciones secundarias a la Hipertensión Porta que desarrolló el receptor.⁷ El primer trasplante de corazón fue realizado en Sudáfrica por el Dr. Christian Barnard.⁸ En 1981 se realizó el primer trasplante exitoso de corazón-pulmon.⁴

El progreso tecnológico permitió el avance del trasplante de órganos. Esto planteó nuevos dilemas éticos. La donación de órganos es un acto altruista y por tanto una ética de máximo lo que implica que no es una obligación realizarla. ¿Qué sucede si un familiar compatible se niega a donar su órgano para salvar a su pariente? Estas situaciones llevaron a establecer de mejor manera el Consentimiento Informado.

Al mismo tiempo, el aumento de los trasplantes llevo a una escasez de las donaciones, específicamente de los donantes. Fue necesario comenzar a buscar otras fuentes de donación, distinta del donante vivo. La opción era obvia, el donante cadáver. Y aquí surge nuevamente otro hito en la bioética: la definición de muerte¹¹ y el concepto de muerte encefálica.

En Chile la historia comenzó el 28 de Junio de 1968 cuando el Dr. Jorge Kaplan y su equipo realizaron el primer trasplante de corazón en el Hospital Naval de la ciudad de Viña del Mar. El receptor fue una mujer de 24 años quien sufría de una cardiopatía dilatada. La mujer logro vivir 6 meses y falleció producto de una infección⁹, una de las complicaciones de la inmunosupresión.⁴

Como se puede ver la historia de los trasplantes tiene un antes y un después desde el año 1960, y como en todo avance tecnológico de la medicina comienzan a surgir las dudas éticas respecto a las aplicaciones de estas nuevas tecnologías.

3.- Muerte. Definición, criterios y dilemas.

En relación a la muerte tenemos dos elementos distintos: la definición y los criterios médicos para declarar la muerte.

Respecto a la definición de muerte me referiré a la definición que entrega la Real Academia de la Lengua Española: “Cesación o término de la vida”. Es parte del ciclo de la vida, le pone fin a un ciclo de vida. Está claro que la muerte es lo contrario a la vida, ello no tiene mayor discusión, y es posible complementar la definición utilizando criterios biológicos como decir que la muerte es “la extinción del proceso homeostático” o religiosa “separación del cuerpo y del alma”. Sin embargo son los criterios utilizados para decir que ella ha ocurrido lo que produce controversia.

Como consecuencia de la definición “extinción del proceso homeostático”, la muerte siempre se ha asociado a la detención de la función respiratoria y/o cardiaca, paro cardio-respiratorio. Cuando sucede un paro cardiorespiratorio podemos realizar maniobras como la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y utilizar medios tecnológicos (Ventilación mecánica, uso de drogas vasoactivas) para detener, revertir y recuperar a la persona. No podemos considerar como muerta a una persona que acaba de entrar en paro, esto implica que la muerte más que algo instantáneo corresponde a un proceso. De hecho actualmente sabemos que para que una célula comience su proceso de muerte programada debe mantenerse la isquemia por un tiempo.

Clásicamente se ha utilizado el concepto de paro cardiorespiratorio como criterio de muerte, ya que una persona en ausencia de ventilación espontánea y ausencia de actividad cardiaca eficaz, llevaba inexorablemente a una falla metabólica general dentro de un plazo no precisado.⁸

A raíz del creciente desarrollo en las técnicas de trasplante, y el interés por realizar estas intervenciones, condujo a que en el año 1968 se formara una comisión de la Universidad de Harvard que propuso “definir el coma como nuevo criterio de muerte”, este es el concepto que llevo al nuevo criterio de muerte, el de “muerte encefálica”⁸

La muerte encefálica se entiende como la abolición total e irreversible de la función de todo el cerebro, incluyendo el tronco cerebral.^{3, 10} Este concepto exige establecer la causa del coma, excluir causas médicas que pudiesen confundir un coma, así como una serie de pruebas clínicas neurológicas destinadas a certificar la ausencia de reflejos troncoencefálicos, además de un test de apnea. La reflexión de algunos para justificar la muerte encefálica como criterio de muerte es que es el encéfalo el encargado de la coordinación e integración del organismo, y la función integradora del encéfalo es más compleja que la conexión circulatoria.¹⁰

Esta analogía de muerte encefálica con muerte de la persona ha sido adoptada por algunos gobiernos. En el caso particular de Chile esto quedó definido el 13 de Agosto de 1995 mediante un fallo del Tribunal Constitucional, el cual estableció que la muerte encefálica "constituye la muerte real, definitiva, unívoca e inequívoca del ser humano"¹¹. A mi juicio, en el esfuerzo de justificar la muerte encefálica como muerte de la persona se ha confundido lo que mencionamos al comienzo de esta sección: muerte implica una definición y criterios médicos para certificarla. Por más que avance la tecnología médica, la definición de muerte seguirá siendo siempre la misma; la definición no puede estar sujeta ni adaptada a la tecnología, sería una forma fácil de justificar estos avances. Por el contrario, son los criterios médicos los que sin duda variarían a medida que avance la ciencia. En estos momentos contamos con la muerte encefálica, pero siendo futuristas no habría razón para pensar que la medición de ciertos marcadores bioquímicos neuronales podría servir como criterio de muerte. El problema de la discusión no es el “Qué”, sino más bien el “Cuándo”.

Si nos ajustamos a la definición de muerte, y considerando que la unidad estructural y funcional de la vida es la célula, podemos considerar que un organismo se encuentra muerto cuando en sus células “se ha extinguido el proceso homeostático”

Basándome en lo anterior, considero que analogar la muerte encefálica con la muerte de la persona es un error. Pienso que más bien sería correcto hablar de la muerte encefálica como un “punto de no retorno”, en el que una vez que se entra no se puede

salir. La tecnología médica puede prolongar este periodo, pero una vez que se entra en este punto de no retorno el final es claro, la muerte de la persona.

El concepto de muerte encefálica fue desarrollado como una justificación al avance de la ciencia, como lo es la donación de órganos. La donación de órganos de un donante muerto es más factible de conseguir que de un donante vivo. Ante esto la muerte encefálica resolvió uno de los problemas que se tenía con respecto a la obtención de órganos desde estos pacientes. Permite que las familias y médicos liberen sus culpas por sacar los órganos de una persona y acelerar el proceso de muerte.

Sin embargo, no tenemos porqué considerar a la muerte encefálica como muerte de la persona. Si pensamos mejor en un “punto de no retorno” y consideramos la donación como un acto de verdadero altruismo, hacemos que la dignidad del donante se vea enaltecida al tener un acto de sacrificio por el prójimo más necesitado, un verdadero acto de vida.

Por lo demás, al considerar la muerte encefálica como una muerte real de la persona, estamos atribuyéndole al sistema nervioso una importancia que implica vitalidad, en desmedro de otros órganos que sabemos que sin ellos no podemos vivir. Un humano sin su corazón morirá, sin sus pulmones morirá, sin su cerebro morirá. La vida y la muerte son conceptos antagónicos, y si soy capaz de establecer el momento exacto de muerte debería ser capaz de establecer el momento exacto del inicio de la vida, no hay muerte sin vida. Por lo tanto si establezco la muerte encefálica como la muerte de la persona significa que en su origen, la formación del sistema nervioso establece el origen de la vida. La razón y la ciencia nos dicen que esto no es así, hay vida mucho antes de la formación del sistema nervioso (que se inicia en la 3° semana de vida¹³), por lo tanto la muerte esta mas allá del concepto de muerte encefálica.

4.- La Ley Chilena, análisis ético.

La ley que actualmente rige en nuestro país, desde el 15 de Enero del 2010, es la 20.413. Esta ley es una modificación de la Ley 19.415 publicada en el año 1996.

El cambio de ley en Chile responde a la necesidad que ha surgido en la sociedad de poder promover la donación de órganos como opción terapéutica. Al ser una necesidad de la sociedad el estado ha tomado parte en el asunto haciéndose responsable de su formulación y ejecución. Esta necesidad a mi juicio ha surgido paulatinamente consecuencia de la sensibilización y admiración que produce en las personas ver los casos de donación de órganos. Sin duda produce conmoción saber que personas con un gran potencial futuro se ven limitados y mantienen su vida en riesgo consecuencia de alguna patología que inutiliza alguno de sus órganos, mas aun si esa persona fallece en la espera.

Los principales cambios que introduce esta nueva ley es el paso de un sistema de “Respuesta Requerida” a uno de “Consentimiento Presunto”. Un sistema de respuesta requerida implica que la persona se manifiesta y deja constancia por escrito si desea o no ser donante de órganos, esta decisión puede ser cambiada en cualquier momento por escrito.¹⁴

“Artículo 8°.- Toda persona plenamente capaz podrá disponer de su cuerpo o de partes de él, con el objeto de que sea utilizado para trasplantes de órganos con fines terapéuticos.

Artículo 9º.- *Para los efectos indicados en el artículo anterior, el donante manifestará su voluntad mediante una declaración firmada ante notario... ”¹⁵*

En un Consentimiento Presunto se asume que la persona es donante de órganos a no ser que haya un registro expreso de su rechazo a ser donante.¹⁴

“Artículo 2º.-... Toda persona mayor de dieciocho años será considerada, por el solo ministerio de la ley, donante de sus órganos una vez fallecida, a menos que en vida haya manifestado su voluntad de no serlo en alguna de las formas establecidas en esta ley.”

“Artículo 9º. Las personas mayores de dieciocho años podrán, en forma expresa, renunciar a su condición de donantes de sus órganos para trasplantes con fines terapéuticos...”¹⁶

El cambio antes mencionado hace que la ley caiga en un modelo ético utilitarista. El hacer que todo mayor de 18 años sea considerado donante está pensado con la finalidad de aumentar el número de potenciales donantes y finalmente aumentar el número de donantes efectivos. Es una medida que busca el mayor beneficio posible para la sociedad. Es una visión altruista del problema "el mayor bien para el mayor número de gente".

Sin embargo la experiencia internacional demuestra que la aplicación de este modelo por sí solo no es capaz de aumentar el número de trasplantes. En España, país referente por ser el que posee la tasa de donantes efectivos más alta del mundo, la ley no tendría un rol protagónico, ya que esta se ha mantenido sin cambios desde 1979, y los buenos resultados se relacionan a otras medidas aplicadas 10 años después de la ley.³

La situación Chilena actual permite varios reparos. ¿Qué pasa con el consentimiento informado y el principio de autonomía? Es cierto que la ley permite la posibilidad de rechazar la opción de ser donante, sin embargo ¿Qué ocurre con aquellas personas y familias que no conocen la ley? Autonomía implica “la capacidad de darse uno a sí mismo las leyes, y por tanto el carácter autolegislator del ser humano”. Eso no ocurre con la ley chilena, aquí se impone la realización de un acto que corresponde a la ética de máximos, es decir, es un buen acto que demuestra bondad, solidaridad, sacrificio y altruismo, pero que no estoy obligado a realizar y que por tanto nadie tiene derecho a exigir a los demás.

Es importante considerar que la Ley Chilena respeta el principio bioético de Justicia. Este principio hace referencia a la justicia social y la correcta distribución de los recursos en salud. En primer lugar garantiza el tema económico, en su artículo 3 dispone que la donación solo poder realizarse a título gratuito, los gastos son propios para el sistema de salud del receptor; este acto hace respetar el concepto de “donación” y el altruismo que ello implica. Por otra parte la ley establece la creación de un sistema que garantice una coordinación nacional de trasplantes, así como responsabiliza al Instituto de Salud Pública la creación de un registro de potenciales receptores de órganos, determinado las prioridades para su recepción.¹⁶ El establecer una lista de los potenciales receptores, así como también de los criterios a utilizar para la selección de estos donantes, vuelve el tema de la donación un acto transparente que no está sujeto a

discriminación de tipo social, económico o cultural, sino que se atañe estrictamente a criterios médicos

5.- Análisis Ético de la Donación de Órganos

La donación de órganos como acto médico es el mejor ejemplo del avance de la tecnología al servicio de la medicina. Su desarrollo está ligado íntimamente al desarrollo de la tecnología. En un principio fue el desarrollo de las técnicas quirúrgicas, luego el avance en la inmunosupresión, el desarrollo de equipos y medicamentos como el ventilador mecánico y las drogas vasoactivas; y actualmente el desarrollo de órganos artificiales, o el avance en la investigación de células troncales.

Quien sabe que otras cosas nos prepara el futuro de la ciencia tecnológica.

¿Cuál es la dimensión ética de la Donación de Órganos que actualmente se lleva a cabo? ¿Cuál es la moralidad del acto de la Donación de Órganos?

En la Donación de órganos, el objeto moral de la acción médica es restaurar la salud del órgano en cuestión dañado, más bien dicho es reemplazar el órgano deficiente por uno que permita satisfacer la homeostasis del organismo. Es un acto terapéutico, y así lo establece la Ley Chilena en su artículo N° 1 *“Los trasplantes de órganos sólo podrán realizarse con fines terapéuticos”*. Esto limita la actividad del trasplante de órganos a un acto de bondad como es el realizar el bien hacia una persona. Si pensamos en el trasplante de órganos como una actividad experimental, no realizo ningún bien hacia la persona receptora, al contrario, la intencionalidad del acto sería solamente mejorar la técnica quirúrgica, o probar resultados, en ningún caso estoy procurando el Bien.

Al analizar el fin del acto moral ¿Para qué o por qué se hace?, la respuesta es una sola: Salvar la vida de pacientes que en caso de no recibir este órgano su destino seguro es la muerte. La donación de órganos es una alternativa terapéutica de última opción, donde se han realizado todas las opciones terapéuticas previas sin resultado, la falla irreversible del órgano ya ha sucedido. Actualmente el trasplante de órganos ofrece una opción real de restaurar la salud y salvar la vida de una persona, aumentando considerablemente su expectativa de vida. La finalidad es realizarle un bien a la persona

Las circunstancias en que ocurre la donación de órganos están resguardadas por la ley chilena principalmente en sus artículos 2° *“Las extracciones y trasplantes de órganos sólo podrán realizarse en hospitales y clínicas que acrediten cumplir con las condiciones y requisitos establecidos por las normas vigentes”*; y 15° *“Corresponderá al Ministerio de Salud establecer las normas de certificación necesarias para los profesionales que realizan actos de procuramiento de órganos y tejidos; así como establecer requisitos adicionales para la acreditación de los establecimientos que se señalan en el artículo.”*

De esta manera vemos que queda asegurada la calidad de las profesiones y de las instituciones que realizan estas prácticas, dando la confianza de que el procedimiento será llevado con la mayor experticia y calidad posible.

El trasplante de órganos es un acto de verdadero altruismo, es auténtica solidaridad por el beneficio de otros. Esta acción se vería manchada, y dejaría de ser un acto de bondad, si de por medio existe compensación económica por el trasplante. Ensucia completamente el significado del altruismo. La ley Chilena también resguarda esta acción de altruismo en su artículo 3° *“La donación de órganos sólo podrá*

realizarse a título gratuito.”. De esta manera se respeta el nombre apropiado para esta acción: “Donación de Órganos”

6.- Conclusiones

El trasplante de órganos es una acción terapéutica actualmente valida, que bajo los resguardos mencionados en el análisis anterior, y que actualmente la ley Chilena ofrece, se convierte en una verdadera “Donación de Órganos”.

El paternalismo de la ciencia y particularmente de la medicina cada día se extingue más. El concepto de que “lo científica y técnicamente correcto no puede ser malo” cada día esta mas absoleto.¹² La ciencia está al servicio de la sociedad, esta no tiene porque forzar a las personas a incorporar conceptos que de por si no parecen lógicos. Como mencionamos en el apartado referente a la muerte, la definición de muerte fue, es y será siempre el mismo; podemos variar los criterios para considerar a una persona muerta, pero no podemos mezclar y confundir los criterios con la definición. Ante esto considero erróneo pensar que una persona con “muerte encefálica” está muerta. Sin duda una persona que entro en este estado no tiene ningún futuro, por ahora, por lo que pienso que es más apropiado llamar a este estado “punto de no retorno”. Estoy completamente seguro de que este “punto de no retorno” variará en la medida que progrese la ciencia, solo es cosa de pensar en lo prometedor que parece ser la terapia con células troncales.

La estrategia de aumentar el número de donantes efectivos no puede depender exclusivamente de cambios a ley regente del país. Bueno es el ejemplo que nos ha dado el modelo español quienes han desarrollado sistemas de coordinación nacional y hospitalario, preparando y formando un equipo de coordinadores hospitalarios preparados técnicamente y éticamente,^{12,17} junto a programas de sensibilización que realizan en la sociedad, colegios, institutos, mediante la prensa, etc.¹⁷

Siguiendo ese ejemplo falta desarrollar en Chile estrategias educativas que promuevan la donación de órganos, así como preparar al personal médico y sanitario en el trabajo que implica comunicar a la familia de la persona en “punto de no retorno” la opción válida, altruista y de beneficencia que implica la donación de órganos

Considero que el estado Chileno ha errado en volver la ley donación de órganos al sistema de consentimiento presunto. Un acto de donación, un acto de altruismo, debe nacer de la voluntad de la persona expresada durante el transcurso de su vida. Si el estado pretende aumentar el número de donantes potenciales, no basta, y de hecho no es la opción, convertir la ley a un consentimiento presunto.

Finalmente pienso que como sociedad nos encontramos en el momento adecuado para cambiar nuestra mentalidad y aplicar los cambios que permitan potenciar el sistema de donación de órganos en Chile.

BIBLIOGRAFÍA

1. - © 2010 United Network for Organ Sharing. Data, UNet^{mt}. <http://www.unos.org>.
<http://optn.transplant.hrsa.gov/data/>
2. - Corporación del Trasplante. Estadísticas.
<http://www.trasplante.cl/estadisticas/index.php>
- 3.- Sebastián Solar P, Alejandra Ovalle R, María Elvira Simian M. Jorge Escobar H, Juan Pablo Beca I. Tres Factores que Influyen en la Actitud de las Personas Ante la Donación de Órganos. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 60 - N° 3, Junio 2008; págs. 262-267
4. - Peter K. Linden. HISTORY OF SOLID ORGAN TRANSPLANTATION AND ORGAN DONATION. Crit Care Clin 25 (2009) 165–184
5. - Starzl TE, Marchioro TL, Waddell WR. The reversal of rejection in human renal homografts with subsequent development of homograft tolerance. Surg Gynecol Obstet 1963;117:385–95.
6. - Ono SJ. The birth of transplantation immunology: the Billingham-Medawar experiments at Birmingham University of University College London. 1951. J Exp Biol 2004;207(Pt 230):4013–4
- 7.- Starzl TE, Marchioro TL, Vonkaulla KN, et al. Homotransplantation of the liver in humans. Surg Gynecol Obstet. 1963 December ; 117: 659–676.
- 8.- Alejandro Sereni Merlo. La “Muerte” Encefálica y la Determinación Práctica de la Muerte: Otra Opinión Disidente. CB 37, 1° 1999, PP 149-159.
- 9.- Corporación del Trasplante. Historia.
<http://www.trasplante.cl/historia/index.php>
- 10.- Grupo de Estudios Sobre Muerte Encefálica, de las Sociedades Chilenas de Nefrología y de Trasplante. Muerte Encefálica, Bioética y Trasplante de Órganos. Rev Méd Chile 2004; 132: 109 – 118.
- 11.- Tribunal Constitucional de Chile. Sentencia Rol N° 220. Requerimiento Formulado Por Diversos Senadores Para que el Tribunal Resuelva Sobre la Cuestión de Constitucionalidad Planteada a Determinados Artículos del Proyecto de Ley Sobre Trasplantes de Órganos, de Acuerdo al Artículo 82, N° 2, de la Constitución Política de la República. Santiago, 13 de Agosto de 1995. <http://www.tribunalconstitucional.cl/index.php/sentencias/view/397>
- 12.- D. Gracia. Trasplante de órganos: Medio Siglo de Reflexión Ética. Nefrología. Vol. XXI. Suplemento 4. 2001
- 13.- Sadler, T.W. Sistema Nervioso Central. En: Langman, Embriología Médica con Orientación Clínica. 8° Edición. Madrid, España. Editorial Medica Panamericana S.A.; 2002. P398
- 14.- Dr. Hugo Álvarez. Consentimiento presunto y respuesta requerida como Alternativas a la escasez de donantes: un análisis ético. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 59 - N° 3, Junio 2007; págs. 244-249
- 15.- Ley N° 19.451. ESTABLECE NORMAS SOBRE TRASPLANTE Y DONACION DE ORGANOS. Fecha Publicación: 10-04-1996
- 16.- Ley N° 20.413. MODIFICA LA LEY N° 19.451, CON EL FIN DE DETERMINAR QUIÉNES PUEDEN SER CONSIDERADOS DONANTES DE ÓRGANOS Y LA FORMA EN QUE PUEDEN MANIFESTAR SU VOLUNTAD. Fecha Publicación: 15-01-2010

- 17.- Pablo Ramirez Romero. Entrevista concedida a “Enfermería Global”. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. Febrero 2009 - N° 15, ISSN 1695-6141. (Disponible en internet: www.um.es/eglobal/)