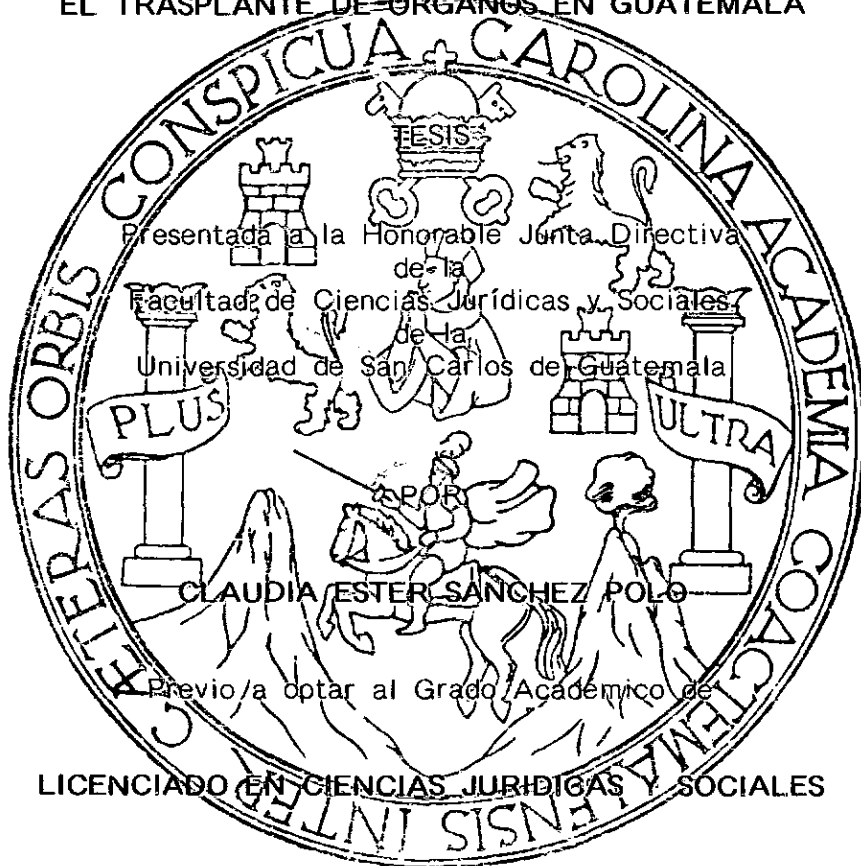


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES

IMPLICACIONES LEGALES QUE CONLLEVA
EL TRASPLANTE DE ORGANOS EN GUATEMALA



Y a los Títulos de

ABOGADO Y NOTARIO

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Guatemala, Julio de 1993

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

DL
04
+(2921)

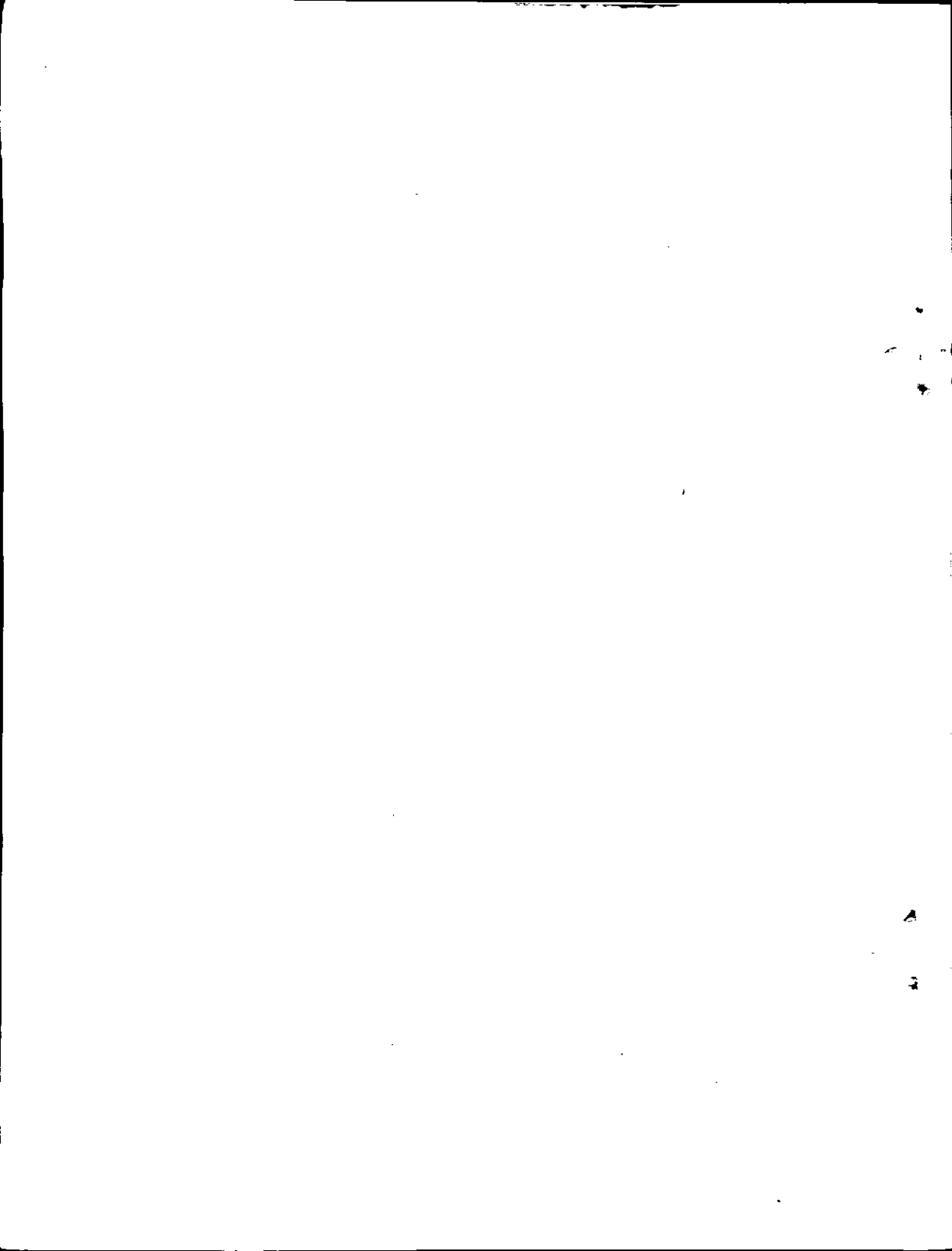
**JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO	Lic. Juan Francisco Flores Juárez
VOCAL I	Lic. Luis César López Permouth
VOCAL II	Lic. José Francisco De Mata Vela
VOCAL III	Lic. Roosevelt Guevara Padilla
VOCAL IV	Br. Erick Fernando Rosales Orizabal
VOCAL V	Br. Fredy Armando López Folgar
SECRETARIO	Lic. Carlos Humberto Mancio Bethancourt

**TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN
TECNICO PROFESIONAL**

DECANO (en funciones)	Lic. Nery Roberto Muñoz
EXAMINADOR	Lic. Alfredo Bonatti Lazzari
EXAMINADOR	Lic. Hugo Haroldo Calderón Morales
EXAMINADOR	Lic. Jorge Armando Valverth Morales
SECRETARIO	Lic. Ovidio Parra Vela

NOTA: "Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas en la Tesis". (Artículo 25 del Reglamento para los exámenes Técnico Profesionales de Abogacía y Notariado y Público de Tesis).



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS
JURIDICAS Y SOCIALES

Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica



1702-93

Guatemala, 30 de abril de 1993.

Licenciado
Juan Francisco Flores Juárez
Decano de la Facultad de
Ciencias Jurídicas y Sociales de la
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad Universitaria.

Señor Decano:

FACULTAD DE CIENCIAS
JURIDICAS Y SOCIALES
SECRETARIA

12 30 1993

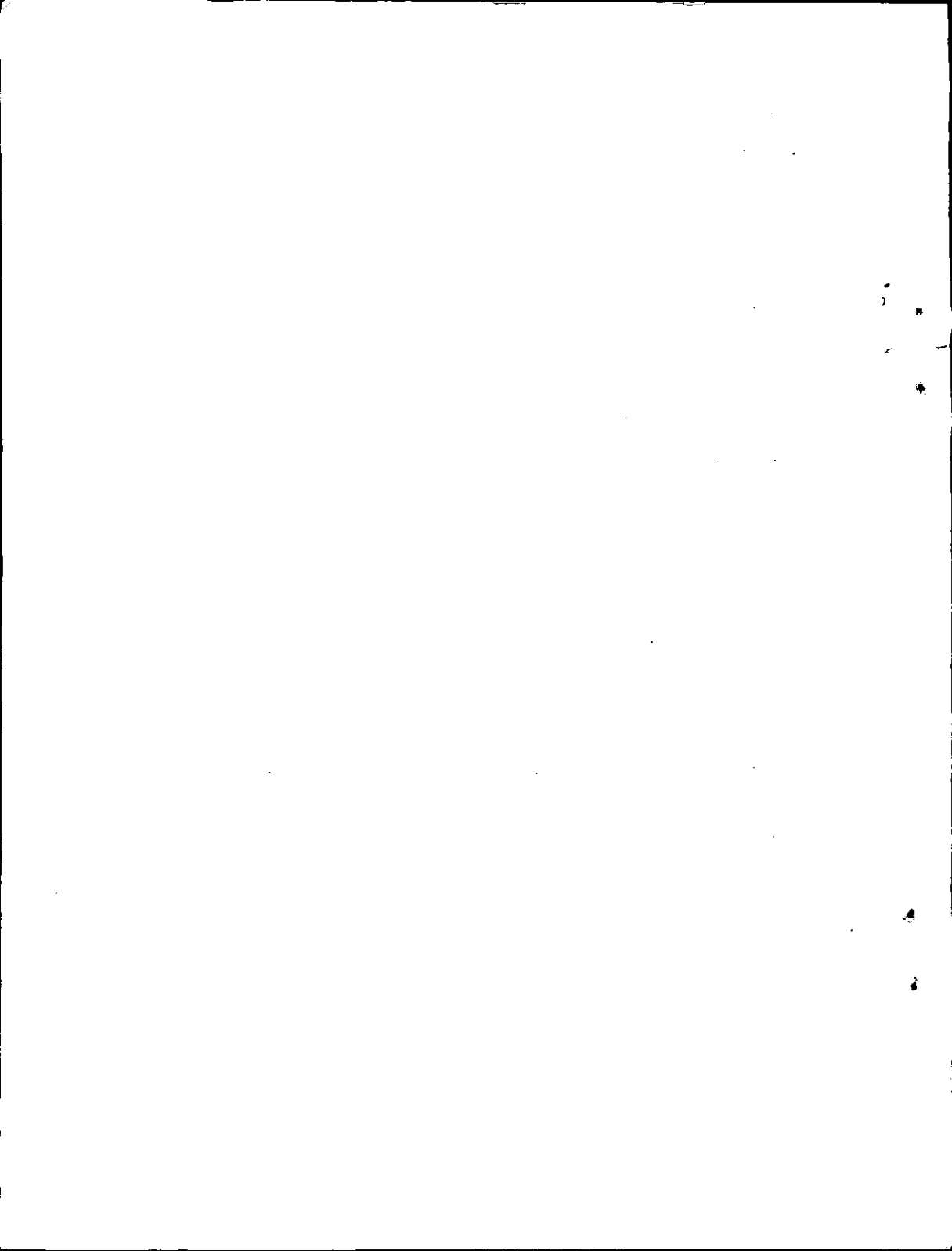
RECEBIDO 30
Hora 12:30
OFICIAL

Atenta y respetuosamente me dirijo a Usted, en atención al nombramiento de Consejera de tesis de la Bachiller CLAUDIA ESTER SANCHEZ POLO, quien presentó el trabajo titulado: IMPLICACIONES LEGALES QUE CONLLEVA EL TRASPLANTE DE ORGANOS EN GUATEMALA, y en relación al mismo, me permito -informar que la sustentante, presentó el trabajo ya elaborado, no obstante ello, el mismo fue resactado en forma clara, precisa y concreta, habiéndosele realizado algunas modificaciones en el plan de trabajo de tesis, que no alteraron sustancialmente el contenido del mismo, por lo cual: OPINO:

Que el trabajo de tesis realizado por la señorita Sánchez Polo reúne los requisitos exigidos por el Reglamento de Exámenes Técnicos Profesionales y Público de Tesis, para ser sometido a discusión en el examen público de tesis.

Sin otro particular, me suscribo del señor Decano muy respetuosamente.

Licda. Ileana Maribel Méndez Alvarado.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS
JURIDICAS Y SOCIALES

Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

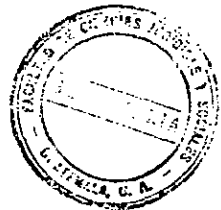


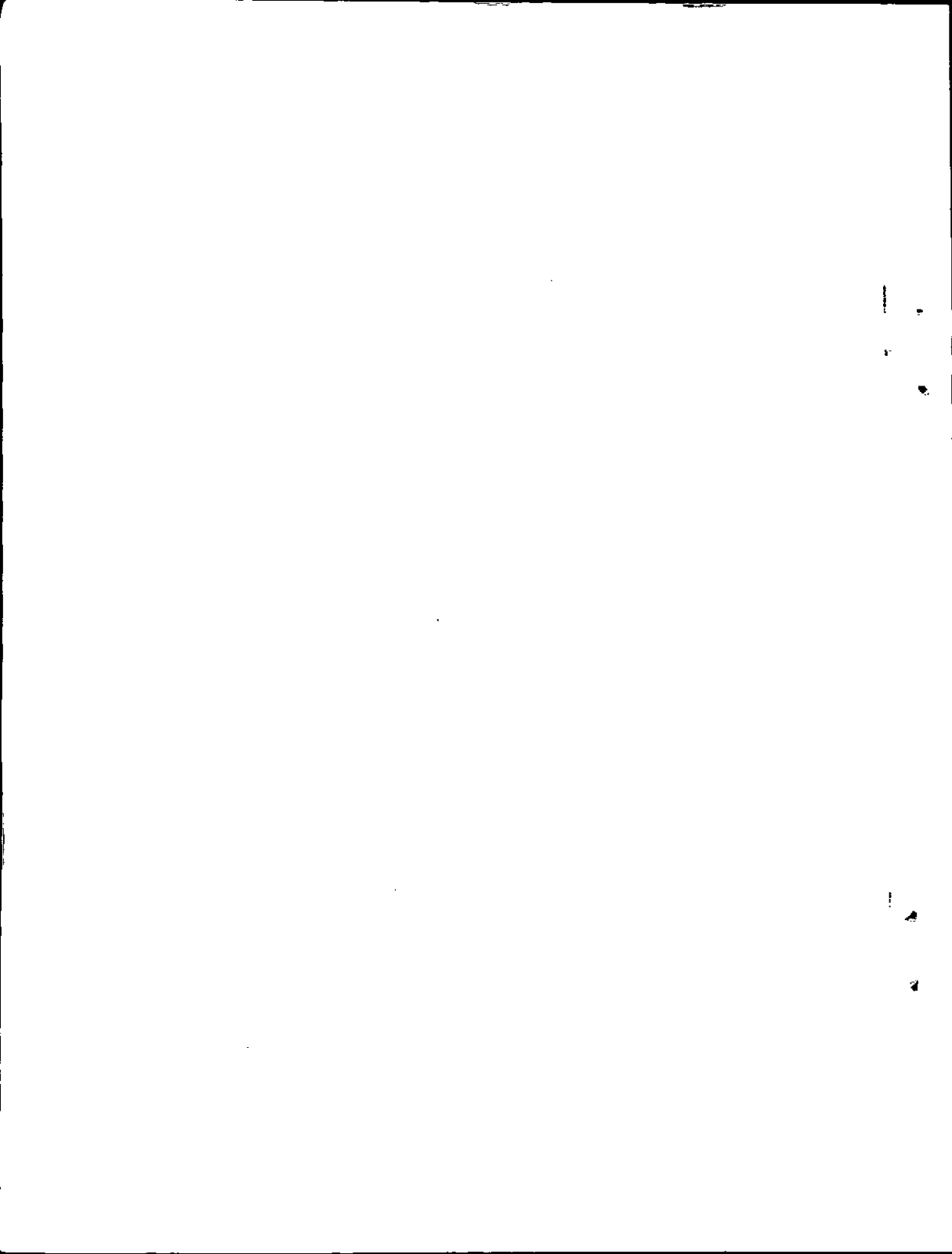
DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES;
Guatemala, mayo trece, de mil novecientos noventitres. --

Atentamente pase al Licenciado Mario Estuardo Gordillo
Galindo, para que proceda a revisar el trabajo de tesis
de la Bachiller CLAUDIA ESTER SANCHEZ POLO y en su oportu-
nidad emita el dictamen correspondiente. -----

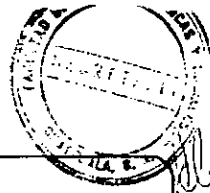
[Handwritten signature]

[Large handwritten signature]



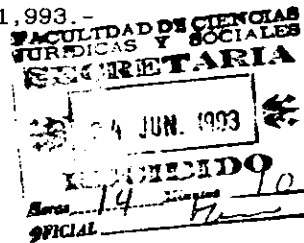


ALVAREZ, GORDILLO, MEJIA, ASOCIADOS
ABOGADOS Y NOTARIOS
BUFETE PROFESIONAL



2300-93

Guatemala, 24 de Junio de 1,993.-

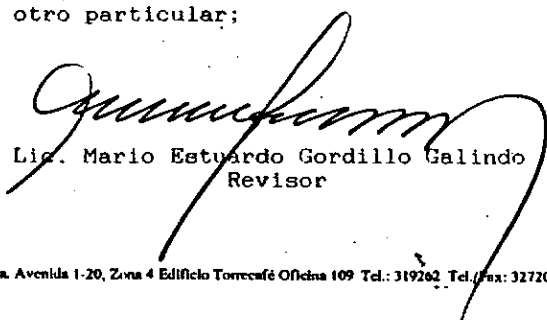


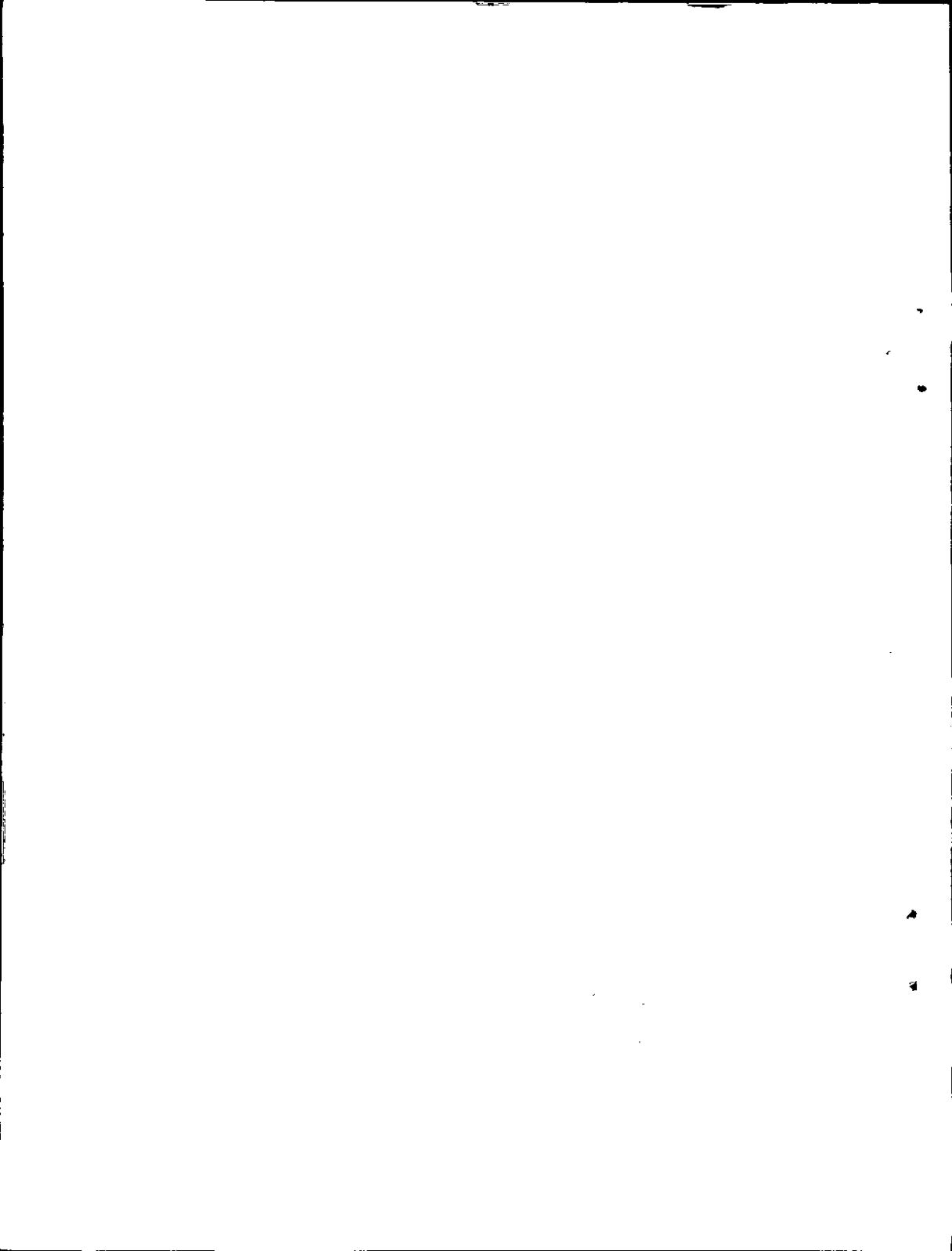
Licenciado
Juan Francisco Flores Juarez
Decano de la Facultad de Ciencias
Juridicas y Sociales
Presente

En relación al acuerdo de esa decanatura, por la cual se me encomendó revisar el trabajo de tesis de la Bachiller Claudia Ester Sanchez Polo, titulado "IMPLICACIONES LEGALES QUE CONLLEVA EL TRASPLANTE DE ORGANOS EN GUATEMALA" me permito emitir el siguiente dictamen:

- a) El trabajo de tesis contiene un análisis de los tipos de trasplante de organos, la legislación guatemalteca relacionada al tema, implicaciones de orden penal y civil que conlleva el tema objeto de investigación y una propuesta de ley para la regulación de esta actividad médica;
- b) Cabe agregar que la postulante de esta tesis, demostró un verdadero interes en el tema, preocupándose por realizar una investigación sobre la escueta legislación que en el campo del trasplante de organos existe;
- c) La Bachiller Sanchez Polo realizó un trabajo de suma importancia, que en un tiempo no muy lejano deberá ser tema obligado de estudio en nuestra facultad;
- d) En virtud de lo anterior y de que se cumplen con los requisitos reglamentarios, estimo que el presente trabajo puede ser discutido en el examen general Público de tesis;

Sin otro particular;


Lic. Mario Estuardo Gordillo Galindo
Revisor



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS
JURIDICAS Y SOCIALES

Ciudad Universitaria, Zona 13
Guatemala, Centroamérica



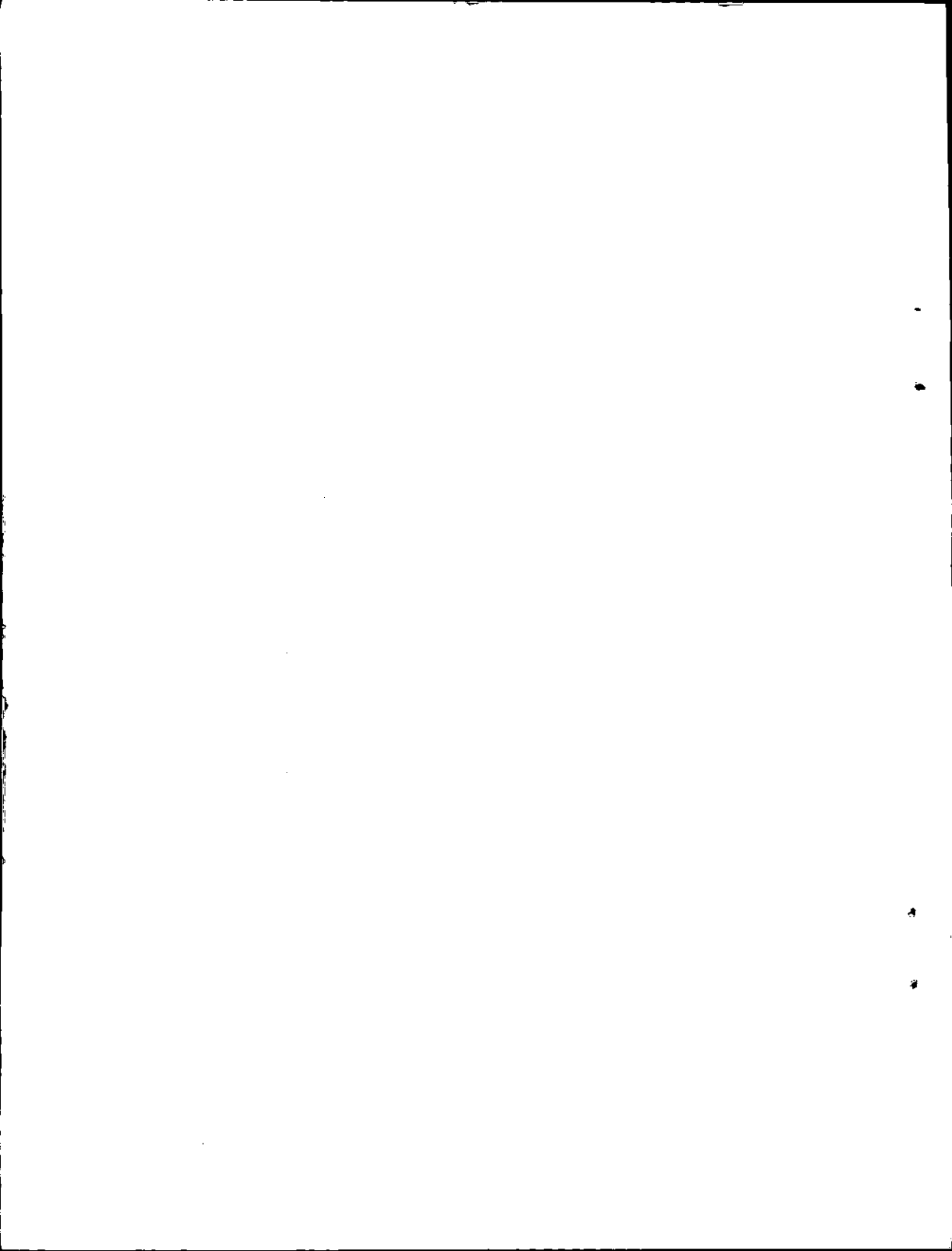
DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES;
Guatemala, junio veinticuatro, de mil novecientos noventa
tres. -----

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la
impresión del trabajo de tesis de la Bachiller CLAUDIA ES
TER SANCHEZ POLO intitulado "IMPLICACIONES LEGALES QUE CON
LLEVA EL TRASPLANTE DE ORGANOS EN GUATEMALA". Artículo 22
del Reglamento para Exámenes Técnico Profesionales y Públi
co de Tesis. -----



[Handwritten signature]





DEDICATORIA

DEDICO ESTE ACTO:

A DIOS:

Señor de mi vida y salvador de mi alma, a quien debo todo lo que soy y tengo.

A MIS PADRES:

José Rómulo Sánchez López y Ester Polo L. de Sánchez
Por el ejemplo de integridad que me han dado y su gran apoyo para alcanzar este triunfo.

A MIS ABUELOS:

Rómulo Sánchez Avila y Berta López de Sánchez - A su memoria
Vicente Polo Sánchez y Berta Laparra de Polo - Por su cariño de siempre.

A MIS HERMANOS:

José Vicente, José Rómulo y Marina.
Muy especialmente a mi sobrino José Camilo.

A MIS AMIGAS:

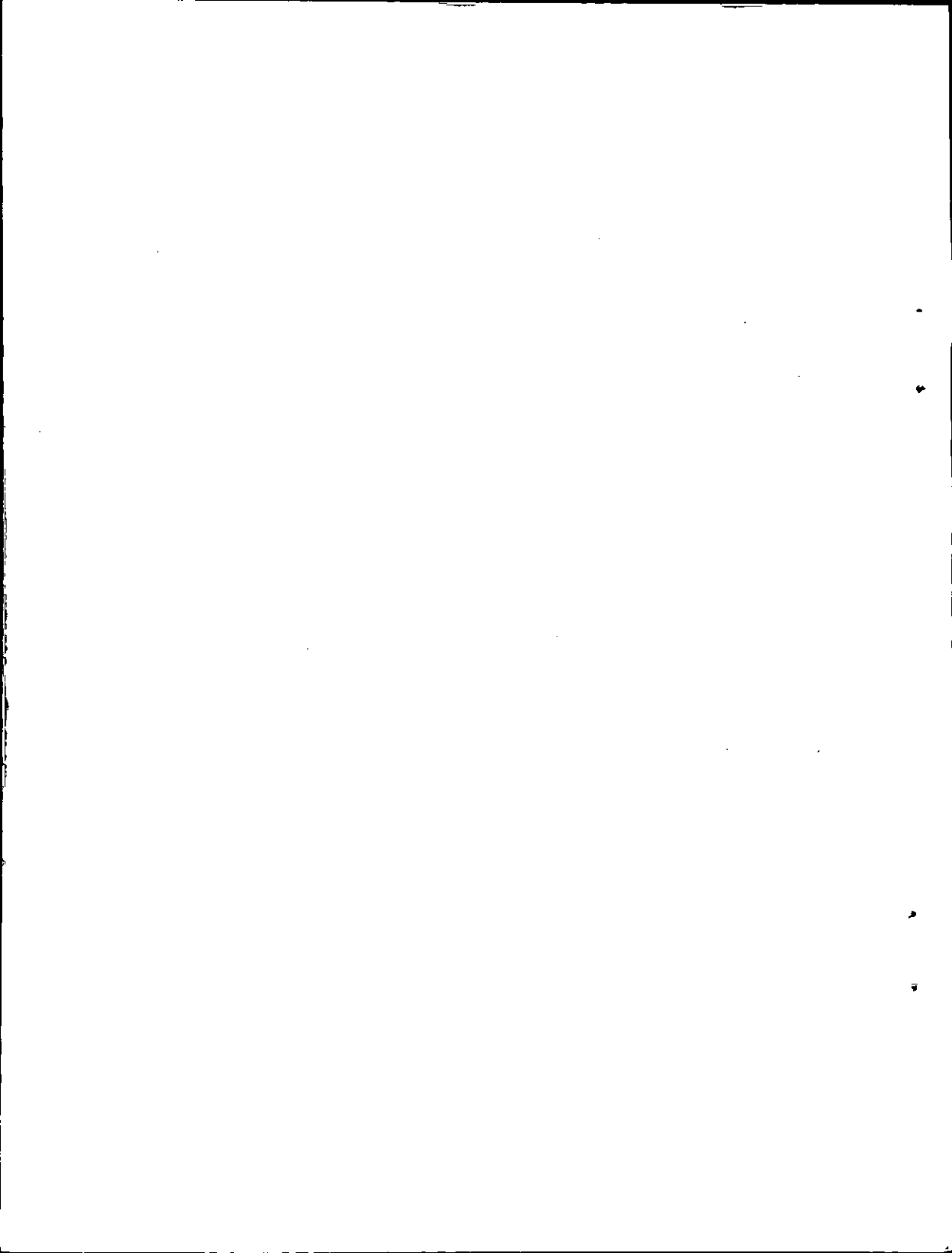
Ana Patricia Vásquez Santizo, Sylvia Lorena Bonilla Paz y
Ana Elizabeth Susbielles L.
Por su fortaleza y apoyo en ésta y otras etapas de mi vida.

AL BUFETE BONILLA, MONTANO & TORIELLO

Por sus enseñanzas, profundo agradecimiento.

A LA FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por sus enseñanzas, eterno agradecimiento



I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I .

ASPECTOS FUNDAMENTALES.

1. Aspectos Históricos del Trasplante de Organos	1
2. Aspectos Médicos	4
2.1. Definiciones y Clasificaciones	4
2.2. Tipos de Trasplante de Organos	6
2.2.1. Trasplante de Riñón	7
2.2.2. Trasplante de Corazón	10
2.2.3. Trasplante de Hígado	12
2.2.4. Trasplante de Páncreas	14
2.3. Análisis de los Costos de los Trasplantes	14

CAPITULO II .

ANALISIS DE LA LEGISLACION GUATEMALTECA RELACIONADA CON EL TRASPLANTE DE ORGANOS.

1. Código de Salud, Decreto No. 45-79 del Congreso de la República	17.
2. Reglamento para la Disposición de Organos y Tejidos de Seres Humanos (Acuerdo Gubernativo 740-86).	18
3. Reglamento para los Bancos de Riñones (Acuerdo Gubernativo 741-86) y su modificación en el Acuerdo Gubernativo 413-91)	23
4. Acuerdo Número 780 de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.	25
5. Código de Deontología Médica.	26

CAPITULO III .

IMPLICACIONES DE ORDEN PENAL.

1. Delitos Relacionados con el Trasplante de Organos: Homicidio y Lesiones en que puede incurrir el personal hospitalario.	29
--	----

1.1. Homicidio	31
1.2. Lesiones	32
1.3. Compraventa de Organos y Tejidos	35
2. La Muerte Cerebral	37
2.1. Determinación de la muerte	40
2.2. Definición legal de muerte	41
2.3. Duración de la muerte cerebral	43
2.4. Enfoques para definir la muerte	44
3. Conflicto de Interés	46
4. Responsabilidad del Médico	47

CAPITULO IV.

IMPLICACIONES DE ORDEN CIVIL.

1. Derechos de la Personalidad	51
2. La disposición del Cuerpo después de la Muerte	53
3. La Donación	54
3.1. Clases de Donación de Organos	55
3.1.1. Donación Post Mortem	55
3.1.1.1. Consentimiento del Donante	55
3.1.1.2. Donación por testamento	56
3.1.1.3. Donación por medio de Tarjeta de Donante	57
3.1.1.4. Donación por consentimiento presunto.	58
3.1.2. Donación entre personas vivas	61
3.1.2.1. Consentimiento del donante	62
3.1.2.2. Selección del Receptor	65
3.1.2.3. Compensación del Donante	68
3.1.2.4. Intercambio Internacional de Organos.	70

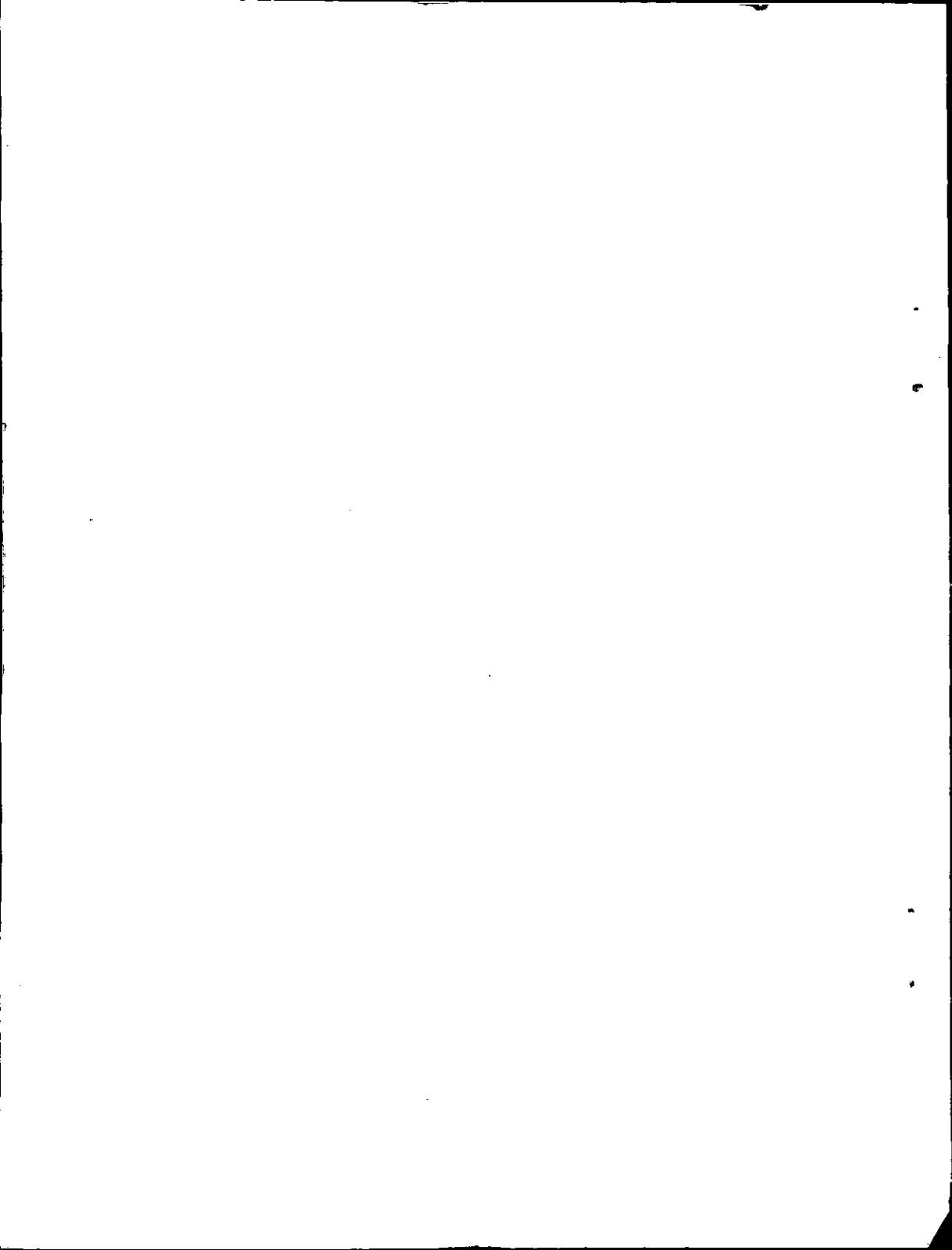
CAPITULO V.

<u>CONCIENTIZACION A LA POBLACION EN LO REFERENTE A TRASPLANTE DE ORGANOS</u>	73
--	----

CAPITULO VI.

<u>PROPUESTA DE MODIFICACION LEGAL</u>	77
---	----

CONCLUSIONES	97
RECOMENDACIONES	101
BIBLIOGRAFIA	103



INTRODUCCION

Durante los últimos años, el mundo ha presenciado grandes avances en la tecnología del trasplante de órganos, y probablemente, ningún logro reciente de la cirugía ha llamado tanto la atención del público.

A medida que se han "derribado" las barreras para el trasplante de órganos, han surgido obstáculos legales y éticos que limitan en gran medida su disponibilidad. Como esos obstáculos requieren la toma de decisiones sociales fundamentales, las perspectivas de tratamiento médico mediante el trasplante de órganos dependerán cada vez más de las reglamentaciones que establezcan los gobiernos nacionales.

Debido a la importancia de establecer una normativa legal sobre el trasplante de órganos, es perentorio que los cuerpos legales traten a fondo ese procedimiento, para garantizar que se respeten tanto los derechos del donante como los del receptor, y que se cumpla con los aspectos éticos más importantes del trasplante.

Con el presente trabajo se propone dar una breve reseña de los antecedentes nacionales e internacionales sobre la materia, una idea somera de los problemas de tipo filosóficos, médicos y legales que se suscitan en torno al tema de la muerte y un estudio sobre el contenido legislativo referente a esta

materia en nuestro país, así como la mención de las lagunas legales que considero existen en la misma, procurando exponer no sólo elementos de crítica, sino posibles soluciones a través de una mejor legislación promoviendo además la concientización de la población en lo referente a la donación de órganos, tanto entre personas vivas como por causa de muerte.

CAPITULO I

ASPECTOS FUNDAMENTALES

1. ASPECTOS HISTORICOS DEL TRASPLANTE DE ORGANOS

El trasplante de órganos humanos empezó con una serie de estudios experimentales a principios del siglo XX. El cirujano francés Alexis Carrel es una de las figuras más destacadas e interesantes de la medicina de la primera mitad de este siglo. Carrel y Burrows de hecho lograron el crecimiento de tejidos dentro de frascos. Posteriormente lograron el crecimiento de órganos completos. Carrel efectuó amplios trasplantes de órganos en la década de 1902 a 1912.

Carrell afirmaba lo siguiente: "El problema del trasplante de órganos en el hombre es difícil y muy grave pues, ¿El órgano trasplantado persistirá y funcionará normalmente durante largo tiempo?" (1) Otra dificultad era encontrar órganos adecuados para trasplantes al hombre. Indudablemente sería necesario un proceso de inmunización antes que los órganos de los animales resultaran adecuados para trasplantar al hombre. Por supuesto, serían adecuados los órganos de una persona fallecida accidentalmente.

Alexis Carrel recibió el Premio Nobel en 1912 por sus trabajos de pionero en ese campo. En 1954, Joseph Murray y sus

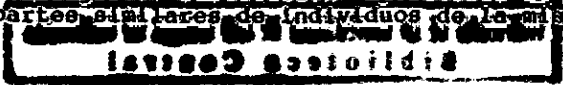
(1). Davis-Christopher. Op. Cit. Pag. 17

colaboradores realizaron el primer trasplante exitoso de riñón entre mellizos idénticos. Asimismo, en 1963 Thomas Starzl reemplazó un hígado humano, y en 1966 Kelly y sus colaboradores efectuaron el primer trasplante de páncreas. En 1967, Christian Barnard practicó el primer trasplante de corazón humano.

Se han hecho adelantos constantes, especialmente durante el último decenio. El trasplante de córnea y de hueso en la actualidad se da por sentado, casi como la transfusión sanguínea, que es la forma de trasplante más ampliamente usada. El trasplante de riñón se está aceptando cada vez más en todo el mundo como un método práctico para tratar la nefropatía en período terminal y la supervivencia que de manera esporádica se logra con injertos de hígado, corazón y médula ósea indica aplicación potencial más amplia del trasplante de órganos y tejidos.

El rechazo es una de las complicaciones más graves en esta técnica médica, ya que estropea los injertos corneales, mata homoinjertos (*) de hueso y de piel y ha impedido ensayos en amplia escala para trasplantar corazón, pulmones e hígado. La amenaza de rechazo y el conocimiento de los sufrimientos que experimentan los sujetos que presentan rechazo crónico ingobernable, disuadieron a algunos nefrólogos de aconsejar el trasplante como alternativa mejor que la diálisis para el tratamiento de

(*) Homoinjerto: sustitución operatoria de pérdidas de tejidos con partes similares de individuos de la misma especie.



nefropatías. Cuando se resuelvan los problemas del rechazo, y según los expertos indudablemente se resolverán, el trasplante será el tratamiento de elección para millares de pacientes, pues brinda la potencialidad de alivio comparativamente barato e inmediato, de enfermedades graves y terminales.

En el curso de los últimos diez años, la seguridad y la eficiencia de los trasplantes de órganos han mejorado mucho gracias a los progresos que se han hecho en terapia inmunosupresora, métodos quirúrgicos, obtención de órganos, técnicas de conversión y cuidados postoperatorios. El trasplante de riñón se ha convertido en un tratamiento ideal para la insuficiencia renal irreversible, y el trasplante de corazón y de hígado son métodos aceptados para tratar las enfermedades de esos órganos en fase final.

En 1987, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció la necesidad de desarrollar pautas para el trasplante de órganos y la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución 40.13, que instaba al estudio de los aspectos legales y éticos relacionados con esta delicada intervención médica.

En Guatemala, se practican trasplantes renales desde hace siete años, inicialmente en forma aislada a nivel de centros privados, y en forma secuencial a partir de 1987, a través del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; sin embargo, las expectativas de asistencia médica a este nivel han sido

limitadas, ya que únicamente se han efectuado 29 trasplantes de donador vivo en este período de tiempo y aún no se contempla la posibilidad de iniciar el programa de donador cadavérico, ya que la legislación no ampara suficientemente una cirugía de este tipo. En algunos hospitales han tratado de iniciar este procedimiento con cadáveres, pero obstáculos legales y culturales lo han impedido.

2. ASPECTOS MEDICOS

1.1. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES

El trasplante es definido como "El procedimiento mediante el cual se extraen tejidos de un cuerpo humano y se reimplantan en otro humano con el propósito de que el tejido trasplantado realice en su nueva localización la misma función que realizaba previamente" (2). La palabra trasplante en su sentido amplio se emplea para denotar toda extirpación o desprendimiento parcial de una parte del organismo y su implantación en el mismo u otro organismo. La palabra "injerto" es sinónimo de trasplante.

El trasplante es un buen tratamiento (el mejor) cuando un órgano vital resulta afectado por una enfermedad en fase terminal. No es sólo un recurso excepcional, sino final, pues se

(2) Norrie, K, Mck. citado por Hernán Fuenzalida-Puelma. "Trasplante de Organos, la respuesta legislativa de América Latina". Pág. 445.

recurre a él cuando se han agotado todas las vías terapéuticas.

Analizaré las siguientes clasificaciones, que se aplican al trasplante terapéutico en el ser humano y al experimental en animales.

Según las relaciones genéticas entre donador y receptor, hay cuatro clases de trasplantes:

- 1) Autoinjerto: en donde el donador y receptor es la misma persona.
- 2) Isoinjerto o injerto singénico: donador y receptor son individuos genéticamente idénticos de la misma especie.
- 3) Alloinjerto u homoinjerto: donador y receptor son individuos genéticamente diferentes de la misma especie, y;
- 4) Xenoinjerto o heteroinjerto: donador y receptor son individuos de distintas especies.

Según el sitio de implantación, los trasplantes son:

- 1) Ortotópicos, si están rodeados por la misma clase de tejidos o situados en la misma parte del organismo después del trasplante que antes. Son ejemplo de éstos: trasplantes de córnea, injertos de piel que cubren un defecto de la superficie y trasplantes intratorácicos de corazón y pulmones y subdiafragmáticos de

hígado con conexiones vasculares normales, también son objeto de éstos la reimplantación de extremidades; de lo contrario son:

2) Heterotópicos: Ejemplo de estos son los subcutáneos o intramusculares de tejido endocrino y trasplantes de hígado o riñón en una porción inferior del abdomen o en la región pélvica.

Los trasplantes también pueden clasificarse de otras maneras, a saber, según la técnica de implantación; con relación a la anatomía, la histología y la citología del trasplante; si el receptor es inmunológicamente inmaduro o maduro; y si el sitio de implantación es o no es privilegiado, esto es, un sitio que protege al trasplante del rechazo, según si el injerto es de tejido neoplástico (que forma o reconstruye tejido), o no neoplástico; según la técnica y la duración de preservación y almacenamiento del trasplante, si la finalidad es terapéutica o experimental y otras. (3)

1.2. TIPOS DE TRASPLANTE DE ORGANOS

En el presente trabajo me referiré específicamente a los trasplantes de riñón, corazón, hígado y páncreas, por ser los que, a mi juicio, conllevan más problemas e implicaciones legales.

(3). Davis-Christopher. Tratado de Patología Quirúrgica. (Sabiston). Pag. 387.

1.2.1. TRASPLANTE DE RIÑÓN

En Europa y América del Norte, la enfermedad renal en etapa terminal tiene una incidencia anual aproximada de 70 casos por millón de habitantes, y el número de casos tratados mediante el trasplante renal varía, según los países, entre 15 y 45 por millón. Por lo que, se atienden alrededor de la mitad de las necesidades teóricas.

La tasa de supervivencia de los receptores de trasplantes excede actualmente de la que se registra entre los pacientes tratados mediante la diálisis renal. Los pacientes que han recibido un trasplante alcanzan además un grado de rehabilitación y de calidad de vida que ninguna otra forma de tratamiento permite alcanzar. Los resultados dependen de muchos factores, entre ellos la selección y preparación del receptor y del donante, la técnica quirúrgica y la inmunosupresión (inmunidad que conlleva la detención súbita de una secreción) para evitar el rechazo del trasplante.

Es importante hacer notar que en Guatemala, el trasplante de riñón es el que más se realiza. En los hospitales guatemaltecos, las condiciones necesarias para considerar un paciente como candidato al programa de trasplante renal, son las siguientes:

a) Paciente con insuficiencia renal crónica avanzada.

- b) Edad límite, hasta 65 años.
- c) Sin alteraciones psiquiátricas.
- d) Que sea un individuo útil a la comunidad.
- e) Que el paciente esté en disposición de colaborar plenamente en el programa que se le asigne.
- f) Que el estado anatómico y funcional de las vías urinarias sea satisfactorio.

Selección del Donante

En la mayoría de los centros de Europa y América del Norte, del 60% al 90% de los trasplantes se basan en órganos de cadáver. El uso de donantes vivos varía en los distintos países. Las razones para usar donantes vivos son las siguientes:

- a) Mayor tasa de supervivencia de los injertos,
- b) Escasez de órganos de cadáver, y
- c) Posibilidad de realizar el trasplante poco después de haberse tomado la decisión clínica, evitándose así el tratamiento crónico con diálisis.

La selección de donantes vivos se basa en criterios clínicos, inmunológicos y emocionales. Las contraindicaciones para la donación son la hipertensión, la diabetes y las enfermedades infecciosas y malignas. Sigue considerándose indispensable la compatibilidad de grupos sanguíneos entre donante y receptor.

En Guatemala los casos en los que el riñón provenga de donador vivo, son manejados de la siguiente forma:

a) la selección del donador vivo se llevará a cabo con base al mejor grado de compatibilidad de tejidos, la presencia de dos riñones sanos en el donador y su total cooperación.

b) Se evaluarán con base en el protocolo (hoja de datos) vigente, que deberá completarse antes de determinar la fecha del trasplante.

En los casos en los que el riñón provenga de cadaver, se selecciona el donador basándose en los siguientes datos:

a) Edad, de 18 a 62 años de edad.

b) Sin enfermedad infecciosa.

c) Sin enfermedad vascular.

d) Sin enfermedad renal.

e) Sin estado de shock prolongado.

f) riñones no afectados y que se haya comprobado la muerte cerebral.

g) Ausencia de antecedentes de hipertensión arterial.

l) examen de orina, y

j) permiso firmado por la persona más cercana al donador, permiso firmado por parte de la comisión de solicitud de órganos que está conformada por un sacerdote, un abogado y un psicólogo.

Resultados

En la mayoría de los grandes centros de trasplante en el mundo, la tasa de un año de supervivencia de los pacientes se prevé que sea de más del 90% en el caso de los trasplantes de riñón de cadáver, y de un 97% aproximadamente en el de los trasplantes de riñón de un familiar vivo. Cabe esperar que las tasas de supervivencia de los injertos mejoren en un próximo futuro con la introducción gradual de tratamientos inmunosupresores mejores y más específicos.

1.2.1. TRASPLANTE DE CORAZON

Este es, actualmente, un tratamiento establecido para los pacientes con una cardiopatía en fase terminal y un pronóstico de supervivencia de no más de 12 meses. Se efectúan trasplantes de corazón en unos 80 centros de los E.E.U.U. y unos 30 de Europa. Aún no se realiza en Guatemala.

Selección del receptor

Las indicaciones para el trasplante de corazón son el infarto cardíaco en fase terminal, debido a enfermedad de las arterias coronarias con alteración cualitativa de la función del ventrículo izquierdo, y otras enfermedades cardíacas, entre ellas

la enfermedad cardíaca valvular previamente tratada y asociada con fallo cardíaco congestivo. Debe pensarse en el trasplante de corazón antes de que se presenten alteraciones cualitativas del hígado o del riñón.

Entre las contraindicaciones figuran la elevación marcada de la resistencia valvular pulmonar, una infección activa, un infarto pulmonar reciente, la diabetes mellitus que requiere tratamiento con insulina, la obesidad grave, la enfermedad vascular periférica con síntomas, las enfermedades malignas y las anormalidades psicosociales que podrían impedir la rehabilitación del paciente después del trasplante. En un corto número de centros se practican trasplantes en recién nacidos y niños pequeños, y en cuanto al límite de edad superior para los receptores va de los 50 a los 60 años.

Selección del donante

Preferentemente, Los donantes varones deben tener de 15 a 35 años de edad, y las mujeres, de 15 a 45; la función cardíaca ha de ser normal, a juzgar por el electrocardiograma, el rendimiento fisiológico, el reconocimiento físico y el historial.

Resultados

La rehabilitación -entendida como la capacidad de los pacientes para vivir y funcionar como lo hacían antes de su

enfermedad- se ha conseguido en más del 85% de los supervivientes de larga duración. Así pues, el trasplante de corazón ofrece excelentes posibilidades de supervivencia prolongada y rehabilitación funcional para los pacientes con cardiopatía en fase terminal, cuidadosamente seleccionados.

1.2.3. TRASPLANTE DE HIGADO

En una conferencia celebrada en 1983 sobre trasplante de hígado, organizada por los Institutos Nacionales de Salud de los E.E.U.U., se llegó a la conclusión de que el trasplante de hígado puede considerarse como una terapia establecida para una diversidad de enfermedades hepáticas en fase terminal, tanto en adultos como en niños. El mejoramiento de la tasa de éxitos de los últimos años ha facilitado la aceptación del trasplante como tratamiento de elección para casi todas las causas de insuficiencia hepática grave.

El trasplante de hígado se considera como una de las intervenciones más difíciles y exigentes. Se requiere indispensablemente la dedicación de todo el equipo operatorio y la disponibilidad de servicios de apoyo auxiliar muy complicados, acceso a un banco de sangre, personal de los servicios de cuidados intensivos y otros especialistas médicos. Aún no se realiza en Guatemala este tipo de trasplantes.

Selección del Receptor

Son candidatas al trasplante de hígado las personas que padecen una enfermedad hepática crónica irreversible que no responde a la terapia médica convencional. En los adultos las principales indicaciones son la cirrosis biliar primaria, la hepatitis activa crónica, la cirrosis de origen ignorado, la cirrosis biliar secundaria, la colangitis esclerosante primaria (inflamación de los conductos biliares), y algunos trastornos del metabolismo.

Muchos cirujanos especializados en trasplantes se han preguntado si deben practicarse trasplantes en los casos de enfermedad maligna del hígado. Generalmente esta clase de pacientes son excelentes candidatos a la operación, con un pronóstico de supervivencia muy satisfactorio. Sin embargo, es frecuente la reaparición del cáncer al cabo de uno o dos años del trasplante, lo que se traduce en una mortalidad elevada.

Resultados

Las tasas generales de supervivencia subsiguiente al trasplante de hígado varían según los países y a los centros y dependen principalmente de la selección de los pacientes. Actualmente las tasas de supervivencia de un año son de más del 50%, gracias a las mejoras que cabe atribuir al tratamiento de un número creciente de pacientes pediátricos. No hay ningún método eficaz que permita predecir los resultados sobre la base de una

evaluación de los riesgos. Por esta razón, la mayoría de los cirujanos especialistas en trasplantes seleccionan a los candidatos a trasplante de hígado atendiendo al grado de urgencia.

1.2.4. TRASPLANTE DE PANCREAS

En la mayoría de los centros, el trasplante del páncreas se ha venido limitando a los pacientes en los que las complicaciones secundarias de la diabetes son más graves que los posibles efectos secundarios de los tratamientos contra el rechazo. Sin embargo, no se ha demostrado aún que la técnica sea un tratamiento eficaz para la diabetes humana. Debe seguirse restringiendo su aplicación a un corto número de centros con programas sobre la diabetes. En Guatemala, este tipo de trasplante aún no se realiza.

1.3. ANALISIS DE LOS COSTOS DE LOS TRASPLANTES

Los costos directos relacionados con el trasplante incluyen el reconocimiento y la preparación del paciente, la manipulación y el transporte de los órganos para trasplante, la operación quirúrgica, los cuidados postoperatorios, el tratamiento de las complicaciones y el suministro de medicamentos, en particular agentes inmunosupresores y antibióticos. Los costos indirectos incluyen el valor del empleo perdido y las repercusiones económicas en las familias y los

organismos sociales. Es difícil determinar el costo por año adicional de vida en relación con la calidad de vida, y en cualquier caso la comparación no pasará de ser aproximada. Entre los indicadores objetivos de la calidad de vida figuran la capacidad funcional, la capacidad para el trabajo y el estado de salud; entre los subjetivos, el bienestar, los efectos psicológicos y el sentimiento de satisfacción.

"La mayoría de los estudios sobre la relación costo-eficacia del trasplante de órganos están basados en datos insuficientes; por consiguiente, las estimaciones disponibles deben considerarse principalmente como un cálculo aproximado. Los costos estimados del trasplante de riñón de los diferentes países van desde US\$25,000.00 hasta US\$50,000.00 y el costo por año adicional de vida con un injerto se ha estimado en US\$12,000.00 a US\$15,000.00. Las cifras correspondientes para el trasplante de corazón son de US\$55,000.00 a US\$120,000.00, siendo el costo por año de vida adicional de US\$20,000.00 a US\$25,000.00. Sin embargo, deberían tenerse en cuenta, por otra parte, los costos de los cuidados que deben presentarse al enfermo en fase terminal en ausencia de trasplante. El costo de la hemodiálisis (*) de mantenimiento, por ejemplo, se estima en US\$25,000.00 a US\$30,000.00 al año, y el enfermo con cardiopatía en fase termi-

(*) Hemodiálisis: Procedimiento extracorpóreo que se realiza por medio de una máquina que contiene un filtro y un líquido especial con el objeto de realizar las funciones del riñón que son entre otras, el equilibrio ácido-base e hidró electrolítico, eliminando las sustancias tóxicas provenientes del metabolismo normal.

nal cuesta US\$5,000.00 a US\$7,000.00 al mes. Lógicamente, los costos disminuirán si los progresos en el tratamiento y en la conservación de los órganos permiten obtener mejores resultados."

(4). Esto determinará el mayor acceso a la población de bajos recursos económicos.

(4). Revista Interamericana de Desarrollo Sanitario. Foro Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Págs. 224-230.

CAPITULO II

ANALISIS DE LA LEGISLACION GUATEMALTECA RELACIONADA CON EL TRASPLANTE DE ORGANOS

En el presente capítulo me referiré a las diferentes normas contempladas en nuestro ordenamiento jurídico en lo relativo a trasplante de órganos; así como a las deficiencias que las mismas contienen y las lagunas que es necesario llenar al respecto.

1. CODIGO DE SALUD. DECRETO NO. 45-79 DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA.

El artículo 141 del Código de Salud indica que "El trasplante de órganos en seres humanos sólo podrá autorizarse bajo normas y condiciones que determine la Dirección General de Servicios de Salud, con miras a la defensa del derecho fundamental de la vida y la salud de las personas." Esto indica que, en la práctica, toda actividad con relación a trasplantes de órganos, debe forzosamente pasar primero por la Dirección General de Servicios de Salud para su aprobación y autorización.

2. REGLAMENTO PARA LA DISPOSICION DE ORGANOS Y TEJIDOS DE SERES HUMANOS (Acuerdo Gubernativo 740-86)

Este Reglamento contiene normas sobre la forma en que se dispondrá de órganos y tejidos humanos. Establece que lo podrán hacer los establecimientos públicos y privados autorizados por la Dirección General de Servicios de Salud, quien dictará las normas y condiciones que dichos establecimientos deben cumplir.

Explica que se entiende por donación de órganos "la cesión hecha por la persona en forma voluntaria" y amplía la misma especificando que esta donación puede ser para que en vida se disponga de un órgano o tejido, o en caso de muerte, se utilice el cadáver. No especifica la forma de donación, ni los requisitos de la misma. Sin embargo, explica que la donación no podrá ser revocada por los parientes en los grados de ley del donador.

El trasplante entre personas vivas deberá ser consentido en forma expresa por ambas. La donación será gratuita y no pueden donar órganos o tejidos en ningún caso las personas privadas de su libertad, los incapaces, los que se encuentren en estado de inconciencia, las embarazadas y los menores de edad. (Artículo 10).

Lo concerniente a estas prohibiciones se tratará en el capítulo IV y conviene, por ahora, únicamente subrayar que el

caso de personas privadas de su libertad y menores de edad, deberá reglamentarse en mejor forma, ya que los primeros pueden estar en la imperiosa necesidad de donar un órgano a un pariente con el que sólo ellos son compatibles y los segundos, enfrentan esta interrogante: ¿cómo van a solucionar su problema en Guatemala los menores de edad que necesiten les sea trasplantado un órgano de su tamaño ya que no puede donárseles por un menor?

Este Reglamento también establece que podrán utilizarse para fines científicos los cadáveres de las personas cuyos deudos lo autoricen por escrito y de quienes fallezcan en establecimientos asistenciales del Estado o del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que no fueren reclamados por sus deudos y de quienes en las mismas condiciones se encuentren en el Departamento de Medicina Forense del Organismo Judicial.

De acuerdo a este Reglamento, se entiende por cadaver, según el artículo 37 "el cuerpo humano después del fallecimiento, el cual se comprobará de acuerdo a los siguientes criterios.

- a) Falta de percepción y respuesta a los estímulos adecuados;
- b) Ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares;
- c) Ausencia de la respiración espontánea;

- d) Electroencefalograma Isoeléctrico (*) que no se modifique con estímulo alguno;
- e) Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de: bromuros (compuestos de bromo y sal de ácido bromhídrico. Son Depresores nerviosos), barbitúricos, alcohol e hipotermia (**); y
- f) Cualquier otro recurso de diagnóstico que la tecnología médica pueda aportar en el futuro.

Para los casos de los incisos anteriores, las circunstancias deberán persistir durante 24 horas. Si antes de las 24 horas citadas se presentara paro cardíaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de la vida neurológica."

Esto implica que en Guatemala, para fines de trasplante, la muerte cerebral es la muerte. Este punto también merece un apartado especial y se tratará en mejor forma en el capítulo III, pero diré que es necesario ampliarlo y normarlo de una mejor forma, puesto que se suscitan conflictos en el sentido que para efectos de sucesión hereditaria u otros derechos que se adquieren con la muerte de una persona, es necesario establecer el momento exacto en qué deberá decretarse la muerte cerebral. Asimismo, debería establecerse en la legislación ordinaria penal

(*) Electroencefalograma Isoeléctrico: Registro gráfico obtenido en la encefalografía por la aplicación directa al cráneo de electrodos adecuados; empleado en el diagnóstico. Este debe ser uniformemente eléctrico en todas partes.

(**) Hipotermia: Disminución o descenso de la temperatura del cuerpo por debajo de los límites de la normalidad.

y civil un concepto de muerte en el que ésta sea la muerte cerebral y así uniformar en Guatemala la muerte cerebral como la muerte "legal" que produzca efectos en todos los casos, pues es incorrecto establecer la muerte cerebral como muerte, sólo en materia de trasplantes.

En lo que se refiere a "conflicto de interés", que será contemplado en el capítulo IV, de la presente tesis, sería importante reglamentar en Guatemala el hecho de que el médico que decretó la muerte cerebral en un paciente no podrá ser miembro del equipo de trasplante de otro paciente.

Establece también el Acuerdo Gubernativo a que hago referencia, que para efectuar un trasplante de órganos y tejidos de seres humanos en Guatemala, es requisito indispensable contar con el dictamen favorable de tres médicos y cirujanos, que tengan la calidad de colegiados activos y reconocidos como especialistas en la materia por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.

Se entiende por donador: "la persona civilmente capaz, que libremente disponga de un órgano par o tejido para efectos de trasplante. El donador deberá ser:

- 1) Mayor de edad y civilmente capaz
- 2) Presentar dictamen médico favorable

3) Demostrar compatibilidad con el sujeto receptor en las pruebas médicas

4) Haber recibido información completa sobre los riesgos de la operación, tanto para el donador como las probabilidades de éxito para el receptor."

Se entiende por receptor: "La persona a quien se trasplantará un órgano o tejido procedente de otra persona o de cadáver". El receptor deberá reunir los siguientes requisitos:

1) Sufrir deficiencia en órgano o tejido que pueda tratarse de manera eficaz por trasplante.

2) No presentar otras enfermedades que predeciblemente interfieran con el éxito del trasplante.

3) De preferencia, no ser mayor de 55 años de edad.

4) Haber recibido información completa sobre los riesgos de la operación para el donador, y probabilidades de éxito para el receptor.

5) Demostrar compatibilidad con el sujeto donador en las pruebas médicas.

Esta selección la harán médicos especialistas en la materia, reconocidos como tales por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. También se legisla en este Reglamento, lo relativo a Bancos de Organos.

3. REGLAMENTO PARA LOS BANCOS DE RIÑONES (Acuerdo Gubernativo 741-86 y su modificación en Acuerdo Gubernativo 413-91)

En este, se reglamenta lo específico a riñones. Se establece que los Bancos de Riñones son establecimientos médicos que tienen por finalidad la obtención de riñones y tejidos afines a ellos, para efectos de trasplante científicos o docentes.

A diferencia del reglamento anterior, éste, en el artículo 10, se refiere no a los bancos de riñones, sino a la obtención de los mismos, así: "Para facilitar la obtención de riñones, los hospitales nacionales o el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en su caso, deberán solicitar la donación a los pacientes o a los familiares de éstos, de conformidad con el artículo 40 del Reglamento para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos o de cadáveres, después de explicarles con claridad el fondo y la filosofía del programa, con todas sus implicaciones, la firma del documento por el cual da su consentimiento o autorización legal voluntaria, para que el equipo especializado del Banco de Riñones pueda obtener de su cuerpo el o los órganos en cuestión, en caso de fallecimiento o que en un momento dado esté en condiciones de querer y poder donar uno de sus órganos para trasplante inmediato o efectivo. La obtención deberá hacerse dentro de los términos que señalan las normas técnicas y recomendaciones científicas que garanticen un estado óptimo de viabilidad de los órganos destinados a

trasplante quirúrgico y que serán establecidas por el Banco de Riñones con el aval del Comité Coordinador.

Además, indica que el personal del Banco de Riñones que realice la operación para obtener ésta o estos órganos de un cadáver, estará obligado a efectuar los procedimientos de cirugía estética postmortem correspondientes, con el fin de conservar su buena apariencia por razones éticas y familiares.

Asimismo, explica en su modificación, que para obtener órganos renales es necesario establecer previamente y sin dudas el concepto de muerte cerebral, para lo que se deberán llenar los siguientes requisitos:

- "a) Coma profundo (*), sin respuesta a estímulos;
- b) Apnea (suspensión transitoria del acto respiratorio que sigue a una respiración forzada);
- c) Ausencia de Reflejos Cefálicos;
- d) Ausencia de Reflejos Espinales;
- e) Demostración de daño cerebral parenquimatoso (*1) por potenciales evocados;
- f) Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno;

(*) Coma: Estado de sopor profundo con abolición del conocimiento, sensibilidad y movilidad que aparece en el curso de ciertas enfermedades o después de un traumatismo grave.

(*1) Parenquimatosis: Degeneración granuloadiposa de origen infeccioso que ataca simultáneamente varias vísceras.

- g) Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos, alcohol o exposición a hipotermia;
- h) Para que la condición sea aplicable en los incisos anteriores las circunstancias deberán persistir durante 24 horas como mínimo."

Es importante notar que este reglamento, aprobado el mismo día que el anterior, establece un concepto de muerte cerebral diferente a aquél, (o sea, con diferentes requisitos), lo que es muy arriesgado, ya que se está hablando de "muerte", algo muy delicado y que conlleva responsabilidades de orden civil y penal.

4. Acuerdo Número 780 de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Su objeto es normar el proceso que se refiere al "Programa de Trasplante Renal de Donador vivo relacionado Familiarmente", practicado a los afiliados y beneficiarios con derecho en la Unidad de Trasplante Renal del Hospital General de Enfermedad.

En cuanto a las características de receptor y donador, este tiene algunas diferencias con el Reglamento sobre Trasplante de Organos.

En este, se menciona el aspecto de la intervención quirúrgica en sí, reglamentado lo referente a la fecha, costos y elección de donador.

5. CODIGO DE DEONTOLOGIA MEDICA.

En su capítulo VIII, el Código de Deontología Médica establece lo referente a trasplante de órganos:

Artículo 64o. La profesión médica reconoce que el trasplante de órganos, implica un avance del conocimiento científico en pro de la salud y bienestar de la humanidad.

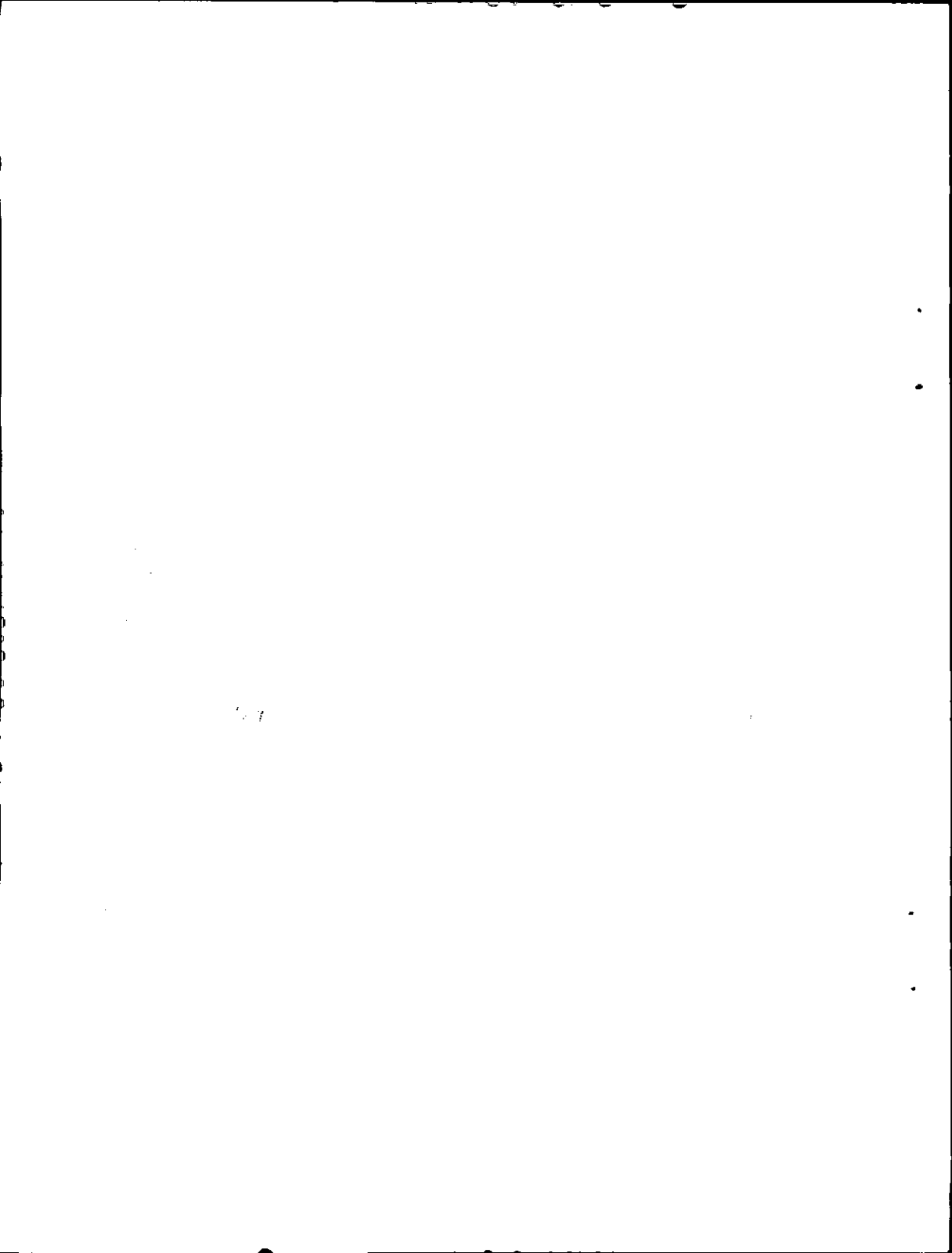
Artículo 65o. Como en toda relación profesional entre el médico y el paciente, el objetivo fundamental de la misma debe ser la salud de este último, extremando todas las medidas tendientes a proteger los derechos del donante y del receptor. Si ello no es posible, ningún médico debe aceptar la responsabilidad de participar en las intervenciones destinadas al trasplante de órganos.

Artículo 66o. El equipo médico a cargo del trasplante determinará todos los extremos para realizarlo sin lesionar intereses de cualquier índole, privando siempre la recuperación del paciente.

Artículo 67o. Cuando un órgano de un cadáver va a ser trasplantado, la muerte del donante debe ser determinada mediante

el juicio clínico y las pruebas complementarias correspondientes, realizadas por el equipo capacitado encargado del trasplante, y hechas las consultas pertinentes".

También quiero hacer referencia a dos artículos del Código Deontológico que considero importantes en la elaboración del presente trabajo. El artículo 34, que dice que "El médico no someterá a sus enfermos a ningún recurso diagnóstico o terapéutico que no haya sido experimentado previamente por autoridades científicas reconocidas. La terapéutica peligrosa deberá emplearse previo consenso médico y con la autorización del enfermo y/o sus familiares", por lo que el médico, debe asegurarse legalmente al momento de iniciar un tratamiento quirúrgico de trasplante de órganos ya que, a mi juicio, el trasplante es un tratamiento que conlleva peligro. También es importante hacer alusión al artículo 43 de este precepto, ya que en el mismo se hace referencia al término "muerte cerebral": "Art. 43: Al médico no le es permitido acortar la vida del paciente encomendado a su ciencia, siendo por el contrario, su obligación moral, prodigarle curación, alivio o consuelo, no debiendo recurrir a técnicas o procedimientos de suyo infructuoso cuando ya se haya establecido la muerte cerebral."



CAPITULO III

IMPLICACIONES DE ORDEN PENAL

1. DELITOS RELACIONADOS CON EL TRASPLANTE DE ORGANOS. HOMICIDIO Y LESIONES EN QUE PUEDE INCURRIR LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN RELACIONADAS CON EL TRASPLANTE DE ORGANOS.

A continuación, deseo hacer un pequeño preámbulo, con relación a situaciones que se han suscitado, en países que han puesto en práctica el trasplante de órganos.

"Hace pocos años, John David Potter, de nacionalidad inglesa, que en una riña había sufrido grandes lesiones en el cerebro, fue trasladado de urgencia al Hospital General de Newcastle. Catorce horas más tarde dejó de respirar. Ordinariamente se le habría declarado muerto, pero en ese momento se necesitaba un riñón para un trasplante quirúrgico, y Potter era el donador ideal.

Se recurrió a un aparato respirador, con el que se revivió artificialmente la respiración de Potter. De ese modo, al restablecerse la actividad del corazón y la circulación de la sangre, se preservaron los riñones. Estos órganos vitales, que entonces dependían en sentido estricto del aparato respirador, siguieron funcionando artificialmente durante 24 horas, aunque los médicos sabían que Potter no tenía la menor posibilidad de sobrevivir. Mientras tanto, la esposa de Potter

autorizó que se extirpara el riñón necesario para el trasplante quirúrgico. Una vez realizado este, el médico ordenó que se desconectara el aparato respirador. Nuevamente cesó la respiración de Potter y su corazón se detuvo para siempre.

¿En qué momento murió realmente Potter; ¿Cuál fue la verdadera causa de su muerte? Estas preguntas constituyeron el meollo de la pesquisa judicial que se hizo. El médico forense opinaba que el riñón había sido extirpado antes de que Potter muriera. Un médico del hospital convino en parte con esta opinión al declarar que, desde el punto de vista médico, Potter había muerto cuando dejó de respirar por primera vez; sin embargo, desde el punto de vista jurídico había muerto un día más tarde, cuando se desconectó el aparato respirador. Un neurocirujano y patólogo, al servicio del gobierno, dictaminó que Potter murió por las lesiones cerebrales, antes de extirpársele el riñón.

Concluyendo que la extirpación del riñón no tenía ninguna relación con la muerte de Potter, un jurado condenó por homicidio sin premeditación al agresor del hombre muerto en la riña." (5)

El problema a que hace alusión la transcripción anterior, continúa siendo en nuestra época un tema de contradicción. Si no hay una legislación específica que trate a

(5) Selecciones del Reader's Digest. ¿Cuándo se produce la muerte? Agosto de 1969. Pag. 49

nivel jurídico todas las fases del proceso de extracción de órganos para trasplante, fácilmente podría incurrirse en delito.

Los delitos referentes a Trasplante de Organos se localizan dentro de los llamados delitos contra la vida y la integridad de las personas. Dentro de éstos se encuentran el delito de homicidio y el de lesiones. Cuando se habla de delitos concernientes a trasplante de órganos, se asume que se trata de un delito de homicidio o de lesiones.

1.1. HOMICIDIO

Explica el tratadista Guillermo Monzón Paz, que el Homicidio es la figura tipo de los delitos que atentan contra la vida e integridad de las personas. "Comete Homicidio, quien diere muerte a una persona" (6).

Los elementos de este delito son:

- 1) La existencia de la vida humana
- 2) El hecho de dar muerte a una persona
- 3) Elemento interno, consistente en que la muerte se deba a la

(6). Monzón Paz, Guillermo. Introducción al Derecho Penal Guatemalteco. Parte Especial. Pag. 10.

culpabilidad del sujeto activo, ya sea dolosa o culposa.

La acción de dar muerte, en sentido amplio, puede verificarse a través de acciones propiamente dichas, o bien omisiones. Pero, debe realizarse siempre a través de medios físicos.

En el presente trabajo considero importante referirme también al Homicidio Preterintencional, ya que podría cometerse por la persona que dolosamente desea extraer un órgano sin el consentimiento del sujeto pasivo, pero sin el ánimo de matarlo. El agente, proponiéndose causar un mal menor, realiza un homicidio. O sea, el Sujeto Activo deseaba causar un mal, pero no de tal gravedad como el que produjo, que fue la muerte del sujeto pasivo. Aquí se tipifica esta clase de homicidio.

1.2. LESIONES

Según el artículo 144 del Código Penal, Decreto 17-73 del Congreso de la República, "Comete delito de lesiones quien, sin intención de matar, causare a otro daño en el cuerpo o en la mente."

Explica el mexicano Enrique Jiménez Huerta "por lesiones debe entenderse todo daño inferido a la persona que deje huella material en el cuerpo o le produzca una alteración en su salud".

Tres son los elementos del delito de lesiones:

1) Material: Es todo daño interior o exterior perceptible o nó, en la mente o en el cuerpo de un ser humano.

2) El hecho preciso es que los daños relacionados hayan sido causados por alguna circunstancia externa, la cual puede ser física, moral o bien alguna omisión que las implique.

3) Elemento Interno: Es necesario que la lesión se deba a la realización intencional o imprudente del acto del sujeto activo. Según nuestra legislación, el animus laedendi (intención delictuosa) se presume. El grado de tentativa de este delito presenta problemas de existencia real dado el sistema de punibilidad seguido, en que se atiende al resultado de la lesión, "por lo que si bien la existencia teórica de la tentativa de lesiones es perfectamente posible según lo establecido en el artículo 14 del Código Penal, en cada caso concreto siempre quedará la pregunta: ¿Tentativa de qué clase de lesiones? la cual se disipa al establecerse finalmente dentro del proceso la clase de lesiones causadas." (7)

(7) De Mata Vela José Francisco y De León Velasco Héctor Anibal. Op. Cit. Pag. 363.

Nuestro Código Penal divide las lesiones en: específicas, gravísimas, graves y leves. Lo referente a 'pérdida de un órgano' lo encontramos encuadrado en el término "lesiones gravísimas", a saber: "Art. 146. Lesiones gravísimas: Quien causare a otro lesión gravísima será sancionado con prisión de tres a diez años.

Es lesión gravísima la que produjere alguno de los resultados siguientes: 1o. Enfermedad mental o corporal cierta o probablemente incurable; 2o. Inutilidad permanente para el trabajo; 3o. Pérdida de un miembro principal o de su uso de la palabra; 4o. Pérdida de un órgano o de un sentido; 5o. Incapacidad para engendrar o concebir."

Al respecto, los tratadistas José Francisco De Mata Vela y Héctor Anibal De León Velasco dicen en su texto: "la referencia de la ley es a una pérdida total de algún órgano calificado como tal desde el punto de vista médico legal, o de un sentido como el oído por ejemplo (se exceptúa la vista)".

Para el presente estudio, es importante mencionar lo referente a "lesiones culposas" ya que según el artículo 13 del Código Penal, se cometerá este delito cuando comprobadas las lesiones, se demuestre que se debieron a imprudencia, negligencia o impericia. Es el caso que se encuadraría a los médicos y personal hospitalario, que realizando una operación quirúrgica de



trasplante de órgano, causaren una lesión corporal en la persona del donador o del receptor.

1.3. COMPRAVENTA DE ORGANOS Y TEJIDOS

Este delito aún no está tipificado en nuestra legislación, sin embargo, el anteproyecto de Código Penal Guatemalteco, lo contempla en su artículo 265, así: "Compra y Venta de Organos y Tejidos Humanos. Se impondrá hasta cinco años de prisión e inhabilitación especial hasta cinco años: a) A quien prometiére o efectuare donaciones, pagos, retribuciones, cesión de derechos o compensaciones de cualquier especie, susceptibles de valor pecuniario para el dador o para terceros, con el fin de obtener órganos o tejidos humanos. b) A quien recibiere para sí o para terceros, cualquiera de tales beneficios por la cesión de órganos o tejidos humanos propios o de terceros. c) Si se hiciere ocupación habitual de este comercio, se impondrá hasta ocho años de prisión e inhabilitación especial hasta diez años."

Esta anterior tipificación es de las más importantes en relación con el tema del trasplante de órganos ya que como delito, ha tomado mucho auge recientemente. En la actualidad, la demanda de órganos excede la oferta, y probablemente continúe siendo así, si se toma en cuenta el desarrollo de la tecnología médica. En estas condiciones, es probable que se incremente la venta de órganos humanos, a menos que se impida mediante controles éticos y legales. Este mercado, de una forma apegada a

la ley, podría aliviar la escasez de órganos y tejidos; aspecto que es importante resaltar en este trabajo; así se salvarían y aumentarían en calidad muchas vidas. Además, se respetaría la libertad del individuo de hacer lo que desea, siempre que no cause daño a los demás.

No obstante, el profesor Dickens encuentra "la perspectiva del comercio libre de órganos, moralmente intolerable, porque favorecería a los receptores ricos o bien asegurados en detrimento de los pobres e induciría al pobre a vender sus tejidos corporales", (8) una situación que ya se produjo en Bombay. Además, existe la preocupación de que ese mercado elimine la donación voluntaria actual de órganos y reduzca la naturaleza "altruista" de nuestra sociedad en cuanto a la salud humana.

En los foros internacionales y en la mayor parte de las legislaciones de los países se ha condenado el comercio de órganos, tanto la transacción por ganancia, como el comercio internacional de órganos humanos para trasplante (especialmente riñones vivos procedentes de países no desarrollados). Las declaraciones internacionales más relevantes a ese respecto son la Declaración sobre el Comercio de Organos Vivos de la 37a. Asamblea Médica Mundial (celebrada en Bruselas en octubre de 1985) y la Resolución 42.5 de la Asamblea Mundial de la Salud.

(8) Dickens B. Legal Evolution of the concept of brain death. Transplantation Today. Pag. 34

Varios países latinoamericanos han promulgado legislaciones que prohíben especialmente la venta de órganos, como Uruguay, que regula el "Delito de Comercialización de Organos o Tejidos" de la siguiente manera: "El que por ceder un órgano o tejido, no oponerse a su utilización o autorizar una autopsia clínica a los fines de la ley, recibiere por sí mismo o por un tercero, para sí mismo o para un tercero, dinero u otro provecho, o aceptara su promesa, será castigado con pena de seis meses a cuatro años de prisión. Con la misma pena será castigado el que pague en dinero o diere otro provecho por efectuar algunas de las operaciones descritas precedentemente"; Sin embargo, otros países como el Brasil, la República Dominicana, Paraguay y el Perú no la han prohibido expresamente y, por lo tanto, en dichos países esa actividad no está sancionada por la ley.

Algunos autores consideran que las legislaciones debería contemplar ya el delito de "secuestro con fines de trasplante", el cual también ha tomado mucho auge modernamente. Este es el delito que se comete cuando a una persona (generalmente menor de edad), la secuestran, posteriormente le extraen un órgano (mayoritariamente riñón) y luego lo devuelven a su familia, o como actualmente sucede, que el menor no aparece.

2. LA MUERTE CEREBRAL

También debo hacer mención de los aspectos penales que conlleva el criterio de "muerte cerebral", ya que a decir de los

tratadistas Héctor Anibal De León Velasco y José Francisco De Mata Vela, en su "Curso de Derecho Penal Guatemalteco", al referirse al delito de Homicidio señalan:

".... La referencia anterior nos permite también aludir a los trasplantes de órganos humanos. Esta práctica, que es sólo un paso de la investigación científica general, nos lleva a consideraciones, incluso éticas, puesto que para poderse realizar el trasplante, por ejemplo del corazón, se necesita que el paciente continúe latiendo en el momento del cambio y que el donador se encuentre también vivo; o sea, que el donador, al menos desde el punto de vista de las funciones fisiológicas del cuerpo, estará vivo cuando se le extraiga el corazón y éste último hecho le producirá la muerte, y ello para que el receptor tenga una sobrevida de unos meses. El caso puede resolverse, al tenor de nuestra legislación, y ya lo dijo uno de los autores de esta obra en una conferencia, por cierto, para el gremio médico, que si se lleva la finalidad de sanar a la persona y que esté además de por medio el estado de necesidad, se destruye el tipo de injusto, pues el fin último reconocido por el Estado, de que hablaba don Luis Jiménez de Asúa, tendrá que ser en cuanto a las intervenciones quirúrgicas con finalidad curativa, la máxima garantía para el cirujano, puesto que el Derecho no es una probeta ajena a la vida y a la evolución científica". (9)

(9) De Mata Vela, José Francisco; De León Velasco Héctor Anibal. Curso de Derecho Penal Guatemalteco. Pag. 318.

Además, en otro apartado indican que:

"Es importante tomar en cuenta que el homicidio acepta el grado de tentativa, en ese sentido, resulta necesario conocer el propósito que tiene el sujeto activo al ejecutar el acto, es decir, hay que distinguir el "animus necandi" del "animus laedendi"; sólo así se puede establecer si se está frente a una tentativa de homicidio o frente a un delito consumado de lesiones; por ejemplo: Si se ejecuta el acto con ánimo de matar pero sólo se causan lesiones, se tratará de una tentativa de homicidio, empero si en el sujeto activo no existía el dolo de muerte, se tratará de un delito de lesiones. Por otro lado, el homicidio es un delito de resultado y se considera consumado, cuando efectivamente se ha producido la muerte del sujeto pasivo, es decir, cuando éste ha cesado en todas sus funciones vitales, de no haber muerto en el sentido estricto de la palabra, no podemos tipificar homicidio, aún sabiendo que el sujeto morirá después.". (10)

Considero que habría una diferencia de criterios entre los médicos, los legisladores y la doctrina penal que llevaría a problemas en el momento en que tuviere que ventilarse un litigio. Por ejemplo, si alguien dispara contra una persona y la hiere de tal forma que provoca en ella muerte cerebral. Consecuentemente le extraen un órgano, ya que para efecto de trasplante, está

(10) De Mata Vela, José Francisco; De León Velasco, Héctor Anibal. Op. Cit. Pág. 319

muerta. Posteriormente, cesan todas las funciones vitales del paciente; ¿Sería penalmente responsable del delito de homicidio la persona que le causó la muerte cerebral, o el médico que extrajo el órgano produciendo la muerte cardio-respiratoria?

2.1. DETERMINACION DE LA MUERTE

La muerte se ha definido tradicionalmente como el cese de la función cardiorespiratoria. No obstante, a medida que se desarrolló la tecnología médica, los respiradores artificiales permitieron mantener vivos a individuos que habían sufrido lesiones graves. Pronto se hizo evidente que el respirador tenía otros usos, además de mantener vivas a esas personas. Por ejemplo, en casos de daño neurológico grave, en que la recuperación es imposible, se podrían conservar mejor los órganos para trasplante, manteniéndolos en el cuerpo del donante mediante sistemas de sostén artificial. Ello hizo necesario definir la muerte desde el punto de vista del fraccionamiento cerebral.

Los signos clínicos tradicionales para el diagnóstico de muerte, en Guatemala, han sido: cesación de latidos cardíacos o asistolia y apnea, llamados "paro cardio-respiratorio".

La definición de muerte basada en la integridad cerebral, ha determinado el concepto de muerte cerebral desarrollado en los últimos años, como consecuencia directa en los adelantos de la técnica de resucitación cardio-pulmonar. En

muchos casos, la intervención médica y la aplicación de las técnicas de resucitación han mantenido la función cardio-respiratoria, aún cuando el cerebro está destruido en forma irreversible.

En los países desarrollados, el término muerte cerebral es sinónimo de muerte.

La muerte cerebral destruye al cerebro pudiendo respetar a otros órganos menos sensibles, que pueden ser mantenidos mediante técnicas y terapia de soporte, permitiendo su funcionamiento por un tiempo determinado.

El paciente con muerte cerebral puede ser candidato a donar órganos de alta calidad para programas de trasplantes.

2.2. DEFINICION LEGAL DE MUERTE

Diccionario Negro de Leyes U.S.A.: "paro total de la circulación sanguínea, y cesación de las funciones vitales, animales y consecuentemente la respiración, el pulso, etc..."

Según el Diccionario de Manuel Ossorio, Muerte es "la cesación o término de la vida. Separación del alma y el cuerpo, en las dos acepciones, meramente biológica una y espiritualista o

religiosa la otra." (11)

A. La American Bar Association, la American Medical Association, la National Conference of Commissioners on Uniform State Laws, y la President's Commissioners for the Study of Ethical Problems in Medicine, propusieron un estatuto titulado "Determinación uniforme del acto de morir", Esto determina que "el individuo que presenta: 1) Cesación irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias o 2) Cesación irreversible de todas las funciones del cerebro, incluyendo el fallo cerebral, está muerto."

El diagnóstico de muerte se basa en los standards médicos vigentes en cada país. En Guatemala, el Código de Deontología Médica, Cap. IV, artículo 48, se refiere al tema: "al médico no le es permitido acortar la vida del paciente encomendado a su ciencia, siendo por el contrario su obligación moral, prodigarle curación, alivio o consuelo, no debiendo recurrir a técnicas o procedimientos de suyo infructuosos cuando ya se haya establecido la muerte cerebral.

El concepto de muerte cerebral ha sido aceptado por la Iglesia Católica Romana en la primera reunión mundial de trasplantes de órganos. la XXII Asamblea Médica Mundial, en la Declaración de Sydney, afirma que al médico se le otorgó la responsabilidad de definir la muerte y la muerte cerebral. Esto

(11) Ossorio, Manuel. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales. Pag 473.

se tomó como un criterio aceptable.

En 1972 la Asociación Neurológica Americana, aceptó la Muerte Cerebral como definición de muerte. El concepto de Muerte cerebral es específico. No se aplica a pacientes en estado vegetativo persistente o en otros casos con algún tipo de daño cerebral. Los criterios para el diagnóstico de muerte cerebral no son universales, varían de un país a otro. Los hay conservadores y liberales, sofisticados y altamente técnicos, así como simples y prácticos.

Los criterios para Guatemala tendrán que ser específicos y prácticos, fáciles de determinar. Deberán definir la no existencia de función del sistema nervioso por arriba de la médula espinal.

2.3. DURACION DE LA MUERTE CEREBRAL

El diagnóstico de muerte cerebral, generalmente no es considerado en las primeras horas de haber iniciado el soporte artificial. El comité ad hoc de Harvard, al analizar casos de muerte cerebral, recomendó que los signos deberían ser consistentes por 24 horas. Sin embargo, análisis recientes de casos de muerte cerebral, mostraron que la mitad de pacientes con muerte cerebral comprobada, sufrieron fallo cardíaco antes de completar el período de observación.

Es por ello que si los signos son claros y no hay sospecha de intoxicación con drogas, el diagnóstico puede realizarse 12 horas después del inicio del soporte artificial, antes de que ocurra una descompensación cardíaca, y fallo consecuente, para obtener órganos de alta calidad, para trasplante.

2.4. ENFOQUES PARA DEFINIR LA MUERTE

Actualmente, en la legislación, se emplean tres enfoques para definir la muerte.

- 1) Sin definición de criterios. La muerte se determina mediante la práctica médica habitual o aceptada (por ejemplo, en la mayor parte de las provincias del Canadá, Costa Rica, Cuba, México, Venezuela y nuestro país);
- 2) Definición de muerte cerebral (Bolivia, Chile y Colombia); y
- 3) Definiciones secuenciales, que incluyen la muerte cerebral (Ecuador, Panamá, Perú):

El primer enfoque es adecuado en los países que se rigen por el sistema de derecho consuetudinario (en la Región de las Américas: Canadá, Estados Unidos de América y los países del Caribe de habla inglesa). En estos países la legislación sobre

trasplante de órganos no es tan necesaria, lo cual facilita la extracción de órganos.

Los enfoques 2 y 3 son más característicos de los países que se rigen por el derecho civil (esta denominación incluye a todos los países de América Latina). El segundo enfoque, que depende solamente de criterios neurológicos, es limitado, ya que requiere la repetición de pruebas, al menos durante las 24 horas posteriores al diagnóstico inicial de coma irreversible. "Eso es muy conveniente cuando el coma es causado por una sobredosis de drogas o cuando el paciente se encuentra en estado de choque, aunque menos oportuno en casos más obvios, como los traumatismos graves". (12) La demora en la determinación de la muerte puede perjudicar innecesariamente el estado de los tejidos que van a ser trasplantados y no beneficiar a los pacientes moribundos. Puede ser un procedimiento difícil para los médicos rurales, que a menudo carecen del equipo apropiado y necesario para realizar esas pruebas.

El tercer enfoque permite aplicar pruebas de función cerebral solo a aquellos pacientes que reciben sostén artificial. La prueba tiene la ventaja de reducir la responsabilidad del médico cuando un paciente que ha perdido la función cerebral sigue manteniendo otras funciones sistémicas.

(12) Dickens, B. Op. Cit. Pag. 38

3. CONFLICTO DE INTERES

"La ética médica", señala el autor Dickens, "exige que los médicos que atienden a personas consideradas donantes adecuados de órganos en el momento de fallecer, no estén, ni parezcan estar en situaciones de conflicto de interés. Su labor no debe ser empañada por la sospecha de que su preocupación por el paciente se vea distraída por la idea del beneficio que su muerte puede representar para los receptores de órganos." De otro modo, disminuiría sustancialmente la donación voluntaria de órganos. Por consiguiente, en la mayor parte de los países de América Latina, la legislación garantiza que el médico responsable de determinar la muerte no forme parte del equipo de trasplante. Solo dos países, el Ecuador y el Paraguay, han guardado silencio sobre este asunto. Según Dickens, esta medida también le evita al paciente moribundo el agravio y la ansiedad de ser trasladado a morir a un servicio donde la recuperación de órganos se puede efectuar en condiciones adecuadas. Este autor añade que, "sin embargo, exime al médico que está a cargo del paciente en el momento de su fallecimiento de tener que mencionar a la familia la cuestión de la donación de órganos". Esto representa una desventaja porque exige que los hospitales asignen esa responsabilidad a otra(s) persona(s), aunque sea el médico quien deba notificar a las autoridades de la existencia de un donante, una vez que el paciente haya fallecido.

Para concluir con este punto, únicamente deseo insistir en el hecho de que el término "muerte", debe estar definido dentro de nuestra legislación a nivel de leyes ordinarias. Es decir, debe legislarse lo relativo a la muerte y muerte cerebral en su caso, en el Código de Salud, Código Penal y Código Civil, ya que sus implicaciones en estas áreas son específicas y dicho término debe delimitarse bien para que quienes de una u otra forma intervienen en los trasplantes de órganos, no se vean implicados en problemas de orden legal.

4. RESPONSABILIDAD DEL MEDICO

También debo señalar lo referente a la responsabilidad del Médico Cirujano y demás personal de los hospitales y los delitos en que podrían incurrir.

Se puede definir la responsabilidad del médico-forense como "Obligación moral y legal que tienen estos profesionales de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores involuntarios e incluso, voluntarios (dentro de ciertos límites) cometidos en el ejercicio de su profesión". (13)

Para el profesional de la Medicina no existe solamente uno, sino varios tipos de responsabilidad; así para algunos autores, entre ellos el Doctor ROYO VILLANOVA, la responsabilidad debe ser MORAL Y LEGAL y esta última es a su vez, CIVIL Y PENAL.

(13) Navarro Batres, Tomás Baudilio; Importancia del Informe Médico Forense en la Administración de Justicia; Pág. 98

LA RESPONSABILIDAD MORAL: Es la obligación que todo médico tiene de responder ante Dios de sus actos, pero mientras ese momento llega, será su conciencia la que recrimine o alabe sus acciones;

LA RESPONSABILIDAD LEGAL: Es la necesidad jurídica y social de que todo médico responda ante las autoridades humanas de los daños y perjuicios ocasionados por faltas voluntarias o involuntarias cometidas en el ejercicio de su profesión, que pueden recaer en el campo civil o penal.

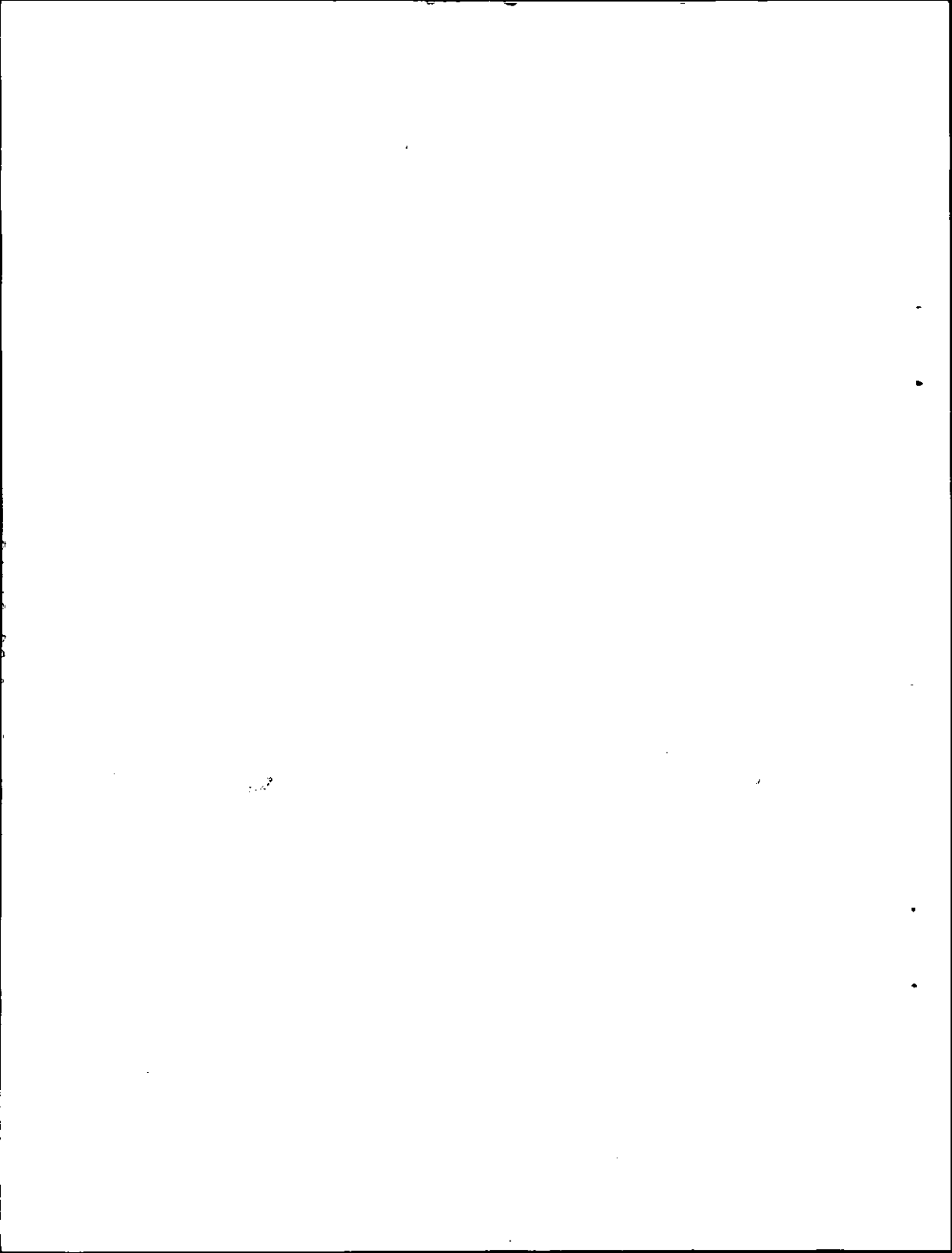
LA RESPONSABILIDAD CIVIL: Existe cuando el médico no tenía la intención de producir el perjuicio ocasionado; es decir, el médico ha realizado el acto con negligencia o imprudencia. En este campo, el médico solamente tiene la obligación de reparar a aquellos a quienes ha perjudicado directamente.

LA RESPONSABILIDAD PENAL: Existe cuando el médico, valiéndose de las funciones propias de su profesión, lleva a cabo maliciosamente, un hecho contrario al orden jurídico. Es decir, que el determinante del acto es el dolo.

Quando se trata de probar responsabilidad médica por negligencia en actos cometidos en el ejercicio de su profesión,

nos dice J.A. GISBERT CALABUIG, que se presenta un verdadero problema, toda vez que el caso tiene que fallarse generalmente, con base en un peritaje, y éste tendrá que realizarse por medio de otros médicos.

Conviene aclarar, que en nuestro medio, el gremio médico es muy solidario y no se contraponen en sus opiniones para no perjudicarse.



CAPITULO IV IMPLICACIONES DE ORDEN CIVIL

Se cita el siguiente ejemplo, en igual forma que en el capítulo anterior, para ilustrar de una mejor forma los problemas en que se puede incurrir cuando la legislación de un país contiene lagunas respecto a determinadas situaciones. En este caso, la muerte.

"Un caso que se cita con frecuencia, es el de un accidente automovilístico, ocurrido en 1958, en el que murió una pareja. La muerte del esposo fue instantánea, pero la mujer permaneció en estado de coma profundo durante 17 días, hasta que el corazón dejó de latir. En un alegato jurídico acerca del testamento mancomunado de la pareja, el abogado afirmó que los esposos habían muerto simultáneamente, en virtud de que ambos perdieron en el mismo instante la capacidad de actuar. El tribunal impugnó el argumento y dictaminó que la actividad del corazón postergó durante esos 17 días la muerte legal de la mujer". (14)

1. DERECHOS DE LA PERSONALIDAD

El derecho que todos tenemos a decidir sobre lo que ha

(14) Selecciones del Readers Digest. Op. Cit. Pag. 50

de hacerse con nuestro cuerpo antes y después de la muerte forma parte de los llamados derechos de la personalidad.

No fue sino hasta el Renacimiento, que se experimentó la necesidad de afirmar los derechos de la persona y apareció entonces la figura denominada "potestas in seipsum", es decir, "potestad sobre el mismo" o "Derecho sobre el cuerpo", surgiendo así los llamados "Derechos de la Personalidad".

"Los derechos de la personalidad son bienes constituidos por determinados atributos o cualidades físicas o morales del hombre, individualizados por el ordenamiento jurídico" (15)

"Los derechos de la personalidad son aquellos que tutelan la integridad física y psíquica del individuo, para que este goce de su persona plenamente" (16)

Por lo que se infiere que los derechos de la personalidad son derechos constitutivos del patrimonio, al que "ya no se le puede seguir dando un contenido meramente pecuniario. Es indispensable aceptar que la noción del patrimonio, es más amplia en lo jurídico, como lo es en lo

(15) Díez Díaz, Joaquín. Los Derechos Físicos de la Personalidad. Derecho Somático. Pág. 58.

(16) Cobar Montenegro, Justo Alfredo. Régimen Jurídico y Doctrinario de la Disposición del Cuerpo Humano y de Partes Separadas de él. Pag. 4

gramatical; que el patrimonio en definitiva, está formado por dos grandes campos; el económico o pecuniario y el moral, no económico o de afección, al cual también puede designársele como derecho de la personalidad. En este segundo gran campo patrimonial, se debe incluir necesariamente el Derecho al nombre, al honor o reputación, el Derecho al secreto epistolar, telegráfico, telefónico, el Derecho a la imagen, el Derecho a las partes separadas del cuerpo, etc." (17)

2. LA DISPOSICION DEL CUERPO DESPUES DE LA MUERTE

Considero que la persona tiene el pleno derecho a disponer de su cuerpo para después de la muerte y los deudos pueden también disponer del cuerpo del familiar, después de muerto éste. En el capítulo anterior se explicó ya lo referente a la muerte y muerte cerebral. En este apartado únicamente citaremos a las personas que tienen el derecho sobre el cadáver:

- 1) La persona sobre su propio cuerpo;
- 2) Los que están llamados a la sucesión intestada, en el orden que la ley establece;
- 3) El Estado y las Universidades.

(17) Cobar Montenegro, Justo Alfredo. Op. Cit. Pag. 4

En nuestra legislación, el Código Civil, Decreto Ley 107, establece:

Artículo 1078: "la Ley llama a la sucesión intestada, en primer lugar a los hijos, incluyendo a los adoptivos, y al cónyuge sobreviviente que no tenga derecho a gananciales; quienes heredarán por partes iguales..."

Artículo 1079: "A falta de descendencia, sucederán los ascendientes más próximos y el cónyuge, por iguales porciones y cuando sólo hubiere una de esas partes, ésta llevará toda la herencia."

Artículo 1080. "A falta de los llamados a suceder, según el artículo anterior sucederán los parientes colaterales hasta el cuarto grado". En los diferentes países, el contrato que se utiliza a estos efectos es el de donación:

3. LA DONACION

"En sentido estricto y más técnico, se define la donación como el acto por el cual, una persona con ánimo de liberalidad, se empobrece en una fracción de su patrimonio en provecho de otra persona que se enriquece con ella. Según este punto de vista, son elementos esenciales de la donación:

1. El empobrecimiento del donante.

2. El enriquecimiento del donatario.

3. La intención de hacer una liberalidad (animus donandi)" (18)

CLASES DE DONACION DE ORGANOS

3.1.1. DONACIONES POSTMORTEM

Los problemas de las donaciones postmórtem se centran en:

A) El tipo de consentimiento que se requiere del donante o de sus familiares;

B) La determinación de la muerte del donante; y

C) Los conflictos de interés que pueden aparecer en relación con el trasplante.

3.1.1.1. CONSENTIMIENDO DEL DONANTE

Se pueden identificar dos enfoques principales:

1. El primero, es el consentimiento afirmativo del donante, el concepto crítico que subyace a la donación voluntaria de órganos. El consentimiento afirmativo ha contribuido a la adopción rápida

(18). Castán Tobeñas, José. Derecho Civil Español, Común y Foral. Tomo 4, Pag. 221.

y relativamente incontrovertible del trasplante de órganos en los países que emplean ese enfoque. Esta categoría engloba tres clases de donación.

3.1.1.2. LA DONACION POR TESTAMENTO. Anteriormente, bajo el derecho consuetudinario, una persona no podía donar su cuerpo por testamento, ya que el cuerpo estaba considerado como una propiedad legal y, por tanto, no formaba parte de los bienes testamentarios. Hoy día, muchos países regidos por el derecho civil, como la República Dominicana y Costa Rica, permiten donar sus órganos por medio de un testamento. Sin embargo, en términos prácticos, ese tipo de donación no es muy segura, ya que las provisiones testamentarias rara vez se notifican a tiempo para permitir que la donación de órganos se realice oportunamente. El procedimiento se demora aún más a causa de la obligación de informar al receptor potencial sobre los detalles del trasplante, de manera que la donación se lleve a cabo al fallecer el donante. Por consiguiente, se deben promulgar procedimientos civiles que permitan acelerar la apertura del testamento después del fallecimiento. Esto va dirigido especialmente a los países de América Latina, donde las tradiciones son extremadamente formalistas y los complejos y demorados mecanismos de apertura testamentaria hacen que la recuperación de órganos sea algo poco menos que imposible. Por las razones expuestas, no considero recomendable esta clase de donación para nuestro país. Sin embargo, la donación por testamento presenta una ventaja: no está sujeta al veto de los familiares del donante.

3.1.1.3. LA DONACION POR MEDIO DE LA TARJETA DE DONANTE. Este procedimiento, practicado en Argentina, Canadá y Cuba, se considera la mejor forma de donación voluntaria de órganos porque ofrece la ventaja de que el donante siempre lleva la tarjeta consigo. De este modo, el hospital puede buscar la tarjeta y actuar inmediatamente, en lugar de preguntar a los familiares del donante si este ha dejado testamento. Con este método aumentan las probabilidades de llevar a cabo la donación.

Las personas que gozan de buena salud deben reflexionar sobre su propia muerte y tomar la decisión, consciente, de que sus órganos sean extraídos quirúrgicamente después de su fallecimiento. En segundo lugar, esos individuos deben llevar siempre consigo una tarjeta firmada en la que conste su decisión. Por último, los agentes de seguridad pública o el personal hospitalario, ¿deben localizar ese documento e informar al equipo de extracción con suficiente antelación para que se organice y realice la extracción?. Los países de América Latina son renuentes a tratar la muerte de esta manera, considerada simplista por razones culturales. Asimismo, una encuesta realizada recientemente en los Estados Unidos de América sobre la eficacia de este sistema de donación, reveló que ningún estado ha prescrito los procedimientos que deben seguir los agentes de seguridad pública o el personal médico para identificar regularmente a los donantes con tarjeta.