

➤ *Consecución de órganos humanos: reflexión ética sobre los incentivos o comercialización.*

Cfr. Reflexión ética sobre los incentivos o comercialización para la consecución de órganos humanos

Sábado, 21 de Abril de 2012
www.bioeticaweb.com

Título completo: **Reflexión ética sobre los incentivos o comercialización para la consecución de órganos y tejidos humanos para trasplantes**

Autores: Jairo Javier Vanegas López (*), Claudio A. Méndez (**). Eduardo Welch(***)
Recibido: 19 de febrero 2012 | Aceptado: 17 de abril 2012 | Publicado on line: 20 de abril 2012

Resumen

Actualmente el enfoque de la discusión ética se pone sobre el donante y sus circunstancias. La demanda por trasplante aumenta pero la cantidad de donantes no es suficiente para dar respuesta a la listas de espera. La estrategia se ha dirigido a reformar las leyes e introducir el concepto de **Donante Universal**. Mientras las legislaciones y la ética se ponen de acuerdo, surge el turismo de trasplante y el comercio ilegal de órganos. Ante esto, algunos han sugieren es necesario liberar la comercialización de órganos para disminuir el comercio ilegal y aumentar la disponibilidad. Al respecto de estas posturas, los autores abordan los principios éticos que entran conflicto, concluyendo que los incentivos o comercialización de órganos no son moralmente tolerables.

Palabras Claves: Ética Médica, Trasplantes, Autonomía, Incentivos, Comercialización.

Title: Ethical reflection on the incentives or commercialization for the consecution of organs and human tissue for transplant.

Abstract

Currently the focus of ethical discussion is placed on the donor and circumstances. The demand for transplantation increases the number of donors but not enough to address the waiting lists. The strategy has led to reform laws and introduce the concept of Universal Donor. While the laws and ethics agree arises transplant tourism and illegal trade of organs. Given this, some have suggested is necessary to release the commercialization of organs to reduce illegal trade and increase availability. Regarding these positions, the authors address the ethical principles that come conflict, concluding that incentives or marketing agencies are not morally tolerable.

Key words: Medical Ethics, Transplants, Autonomy, Incentives, Commercialization.

Actualmente los dilemas éticos sobre trasplantes de órganos y tejidos se dirigen a las circunstancias y no en la intervención, enfocándose la discusión en el donante y no en el receptor.

En el año 2004, la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA57.18, dio inició a un proceso encaminado a realizar actividades consultivas, científicas y de carácter ético. Además, abordaron estudios epidemiológicos relacionados a los trasplantes alogénicos y donaciones intervivos dentro del ámbito de la ética. Posteriormente, se creó una base mundial de conocimientos y un Observatorio Mundial de Donaciones y Trasplantes con la colaboración de la Organización Nacional de Trasplantes de España en el año 2006. El propósito fue monitorizar actividades relacionadas a los trasplantes a nivel mundial (1, 2).

Actualmente, los pacientes que demandan trasplantes de órganos han aumentado favorecido por los avances científicos alcanzados en los últimos 20 años. Igualmente, los países han generado políticas públicas y regulaciones para estos procedimientos. Sin embargo, aún es insuficiente la cantidad de donantes respecto a la demanda creciente de pacientes. Aunque, se han propuesto diferentes reformas a las leyes para incrementar la captación de órganos y tejidos, estos no han logrado aumentar la disponibilidad de donantes (2, 3, 4).

Mientras las legislaciones y la ética se ponen de acuerdo, han surgido en el escenario mundial, el turismo para trasplante, el comercio de órganos y el tráfico de seres humanos (3, 4). En base a experiencias recopiladas hasta ahora por OPS/OMS (2009), se puede afirmar que el comercio de órganos y tejidos está evolucionando hacia un mercado de personas. Este de forma abierta o encubierta, explotan a las personas pobres y vulnerables (3, 4).

El presente artículo, plantea una discusión desde la óptica de la bioética sobre la propuesta de la generación de incentivos y/o apertura a la comercialización de órganos y tejidos como una solución para disminuir el comercio ilegal y aumentar la disponibilidad de donantes. En primer lugar, se presentan los antecedentes del problema, en segundo lugar, se plantean los dilemas éticos y valores que se encuentran comprometidos, y finalmente, se desarrollan algunos aspectos relacionados a la regulación legal en base a experiencias recientes.

El problema de la disponibilidad de órganos y tejidos para trasplantes.

El principal problema se relaciona con la imposibilidad de dar respuesta a las listas de espera de quienes requieren este procedimiento. Según la Organización Panamericana de la Salud, de 70.000 trasplantes realizados en el mundo, 50.000 corresponden a reemplazo de riñones (4).

Se ha estimado que el potencial estándar de donantes en un país debería corresponder a tasas entre los 30 y 40 donantes por millón. Tomando como parámetro estas estimaciones, se puede evaluar la disponibilidad de donantes en algunos países y regiones, por ejemplo, en los Estados Unidos existen 20,7 donantes por millón de habitantes, la Unión Europea tiene un promedio de 16,5 donantes por millón, Oceanía reporta 10,4 donantes por millón, Latino América y el Caribe se aproximan a 4,5 donantes por millón, mientras que en los países del Cono Sur logran aproximarse a 7 donantes por millón (4). En el caso particular de Chile y según datos de la Corporación del Trasplante, este país registra la tasa más baja de donantes, con un reporte de 5,4 donantes por millón para el año 2010, mientras que en el año 1998, fecha en que se inició estos registros, fue de 7,7 donantes por millón, esto implica una variación porcentual anual de -29,9 %, lo que muestra un claro descenso en un período de 12 años. La excepción es Uruguay, país que alcanzó una tasa promedio de 19,3 donantes por millón en los últimos años. Mientras tanto, África y Asia, reportan las tasas más bajas con 2,6 y 1,1 donantes por millón respectivamente (4).

Según datos de United Network for Organ Sharing (UNOS) en Estados Unidos se efectuaron 3.614 trasplantes de órganos para el año 2005, mientras que la lista de espera era de 92.333 personas, o sea, sólo se logró cubrir la demanda del 3,6% para ese año (5).

En el año 2008, durante la última reunión de Estambul (Turquía), la Sociedad de Trasplantes y la Sociedad Internacional de Nefrología, afirmó que la práctica de turismo de trasplante, el tráfico de órganos y su comercialización está creciendo fuertemente ante la demanda de órganos y tejidos. Por ello, el primer paso fue establecer definiciones para delimitar el problema (6) (Tabla1).

En el escenario de muchos países, en vías de desarrollo, con un clase media creciente, un sistema de salud deficiente, con poca cobertura, con desigualdades, inequidades y la introducción de nuevas tecnologías, no exentas de altos costos, conllevan a que la salud se inserte dentro de procesos de mercantilización, que hacen que una propuesta de comercialización o incentivos sean considerados atractivos para un sector y una solución para otros.

Igualmente, en la Internet, es posible encontrar centros que invitan a los pacientes a viajar hacia el extranjero para recibir trasplantes que incluyen costo por donante. Por un lado, se tiene una persona que puede pagar por un órgano y por otro, una persona pobre dispuesta a vender su riñón para solucionar un problema económico o de salud de otro familiar (7). Este escenario conlleva a que sean considerados los incentivos económicos o la abierta comercialización como una solución para aumentar la cantidad de donantes (8).

Por ejemplo, China tiene el segundo lugar entre los países con mayor cantidad de trasplantes realizados. Sin embargo, se afirman que los órganos son tomados de convictos o criminales sentenciados a muerte. Se estiman en más de 5.000 los órganos que son removidos de estos convictos lo que genera un billón de dólares en ingresos. En la India, la comercialización fue liberada hasta el año 1994, fecha en la que se introdujo una ley regulatoria, pero sin generar cambios importantes. Otros países, como en el caso de Moldavia, la comercialización ilegal tiene como destino Turquía, Asia e Israel (9)

En el año 2003, el Parlamento Europeo declaró, que la comercialización de órganos es una realidad alrededor del mundo y las leyes no son suficientes para el control de este fenómeno. Diferentes estudios afirman que la pobreza es un factor relevante que favorece este comercio ilegal. Un intermediario puede ofrecer hasta US\$ 1.000 dólares por un órgano, mientras que los receptores, generalmente con mayores recursos, puede comprar el órgano al intermediario hasta por la suma de US\$ 25.000 dólares o más, generándose amplias ganancias en el proceso (9,10).

Principios éticos puestos en conflictos.

Ante la propuesta de apertura de incentivos económicos para reducir el comercio ilegal se pueden plantear algunos dilemas éticos. El problema principal se enfoca en la autonomía de los individuos. Evidentemente, una postura tendiente a incentivar económicamente la donación de órganos plantea el siguiente argumento: ¿por qué esperar un donante o correr riesgo si es posible pagar? (11,12).

Hasta ahora, ha prevalecido la postura altruista del acto de donación por parte de personas fallecidas, lo cual, ha sido el procedimiento éticamente más aceptado. Los donantes vivos solo se justifican en casos extremos, ya que, aunque pueden estar motivados por un gesto de carácter altruista, a veces no es posible determinar la existencia o no de coacción (13, 14). En relación al comercio de órganos y tejidos, algunos autores sostienen que esto no es compatible con el derecho, debido a que podría haber circunstancias subyacentes que influirían en la toma de decisión autónoma del sujeto para vender sus órganos (15).

El progreso científico y el enfoque de mercado han cambiado la forma de ver el cuerpo humano, permitiéndonos amplios grados de libertad sobre éste. Entonces ¿Será posible que ésta realidad en determinadas circunstancias pueda modificar la ética establecida? De ser así, principios como la solidaridad, la justicia y la autonomía son reducidas y entran en conflictos. No obstante, algunos bioeticistas, creen que sería tolerable la compensación económica o el incentivo que persiga un bien, como es la consecución de un órgano humano para salvar una vida (16,17). Más extremo aún, es la propuesta de liberalización de la comercialización de órganos y tejidos humanos con el propósito de disminuir el turismo de trasplante y el mercado negro.

Otros autores, establecen que no es posible ignorar el mundo real con sus desórdenes sociales, económicos, culturales y psicológicos. Por tanto, la hipótesis que afirma la posibilidad de mantener un control que favorezcan la lógica de un enfoque de mercado, simplemente no es real (18,19). La razón es que el libre mercado funciona por la ley de la oferta y la demanda, donde el que tiene

mayores recursos tendrá más acceso y mayor calidad de prestaciones. Por otro lado, suponer que en este mercado se permitirá tener acceso a recursos legales para quienes decidan vender sus órganos, plantea una hipótesis más que habrá que comprobar, dado que la motivación de la venta de un órgano o tejido no puede ser liberada de coacciones subyacentes (20).

En este documento se plantean dos posturas teóricas importantes para el abordaje de este dilema ético, el consecuencialismo y la deontología. Por un lado, el consecuencialismo sostiene que los fines de una acción suponen la base de cualquier apreciación moral que se hace sobre esta acción. Este enfoque, plantea que toda obligación moral se origina del principio de utilidad. Por tanto, una acción moralmente correcta es la que conllevara a buenas consecuencias. Mientras que la deontología pone el énfasis en la acción misma así como en las motivaciones individuales y no sólo en su consecuencia final (21, 22).

En base a lo anterior y desde el punto de vista del consecuencialismo, la discusión no se centraría en el tema de la comercialización o los incentivos sino en el bien obtenido, o sea, un órgano viable para el trasplante, lo que haría moralmente tolerable la comercialización (23, 24, 25).

El utilitarismo es parte componente de las teorías que constituyen el consecuencialismo. Jeremy Bentham (1748-1832) propuso que toda obligación moral se deriva en última instancia del principio de utilidad, el cual considera que dentro del grupo de acciones alternativas, estamos obligados a elegir aquella que proporcionen mayor beneficio al mayor número de personas. John Stuart Mill (1806-1873) desarrolló dos posturas utilitaristas. La primera, considera que una acción determinada es correcta si entre las diferentes alternativas no existe una diferencia superior entre sus buenas y malas consecuencias. La segunda, considera que una acción determinada es obligatoria si el resto de las posibles acciones generan una diferencia inferior entre sus buenas y malas consecuencias (23, 24, 25).

En el caso de la deontología, el énfasis estaría en las motivaciones iniciales y en la acción misma de la comercialización. Por tanto, mientras exista la posibilidad de coerción subyacente la comercialización no sería moralmente tolerable. La deontología desde el punto de vista Kantiano, tiene su base en una ética racional y apriorística. Afirma, que no importan los fines, sino la intencionalidad inicial del acto, independientemente de las consecuencias materiales. El bien puede llegar a ser considerado relativo, pero la razón permite conocer la certeza absoluta. Por tanto, la comercialización puede conseguir aumentar el número de donantes y mejorar la situación de un mayor número de pacientes que requieren urgentemente un órgano, lo cual, se consideraría un acto bueno. Sin embargo, la razón impone analizar dos situaciones. La primera, considera que el que vende no lo hace por deber sino porque que subyace una necesidad no expresada que obliga la venta, perdiéndose el sentido del deber, del acto voluntario y solidario y en segundo lugar, la comercialización implicaría generación de ganancias para un sector a partir de la necesidad insatisfechas subyacente del que vende y la necesidad de quien requiere urgentemente un órgano para sobrevivir (acto que podría ser considerado egoísta) (23, 24, 25).

Bajo este enfoque, habría que controlar a las personas que pudieran estar bajo coacción, determinar el nivel de educación, el nivel de ingreso y poder acceder o tener conocimiento de los aspectos legales que pudiera ser necesario para protegerlo de daños colaterales. Esto implicaría un control de terceros no implicados, pero además incluir procedimientos que impidan actos de corrupción en todo el proceso (23, 24, 25,).

Se afirma, que las personas que tienen más opciones tienen una mayor autonomía. Permitir a las personas que participen de una transacción de mercado "es una manera de reconocer un ámbito de control "con respecto al bien que se está transando. Si se acepta que las personas deben ejercer control sobre su cuerpo, de la misma manera, ésta podría optar por la venta de uno de sus órganos. Por tanto, este argumento, sostiene que la autonomía del individuo sería mayor al eliminar la prohibición que restringe el actual control de su cuerpo. Esto tiene su base en la premisa, que la transacción en el mercado de una venta es voluntaria y el vendedor es autónomo al respecto (26, 27). Bajo este argumento, no se reconoce que la venta no está determinada sólo por la decisión libre de vender o no, sino también por la motivación no expresada y que finalmente obliga a la toma de decisión de vender. Nadie decide vender por que gusta vender, siempre hay un motivo para hacer una venta.

El principio de autonomía, así como el consentimiento informado de las personas, podrían ser minados debido al condicionamiento existente entre quien necesita urgentemente un órgano o tejido humano y una persona con necesidades materiales insatisfechas debido a su condición de pobreza. El mismo razonamiento aplicaría en el caso de los cadáveres como fuentes de órganos y tejidos, donde la presión económica puede hacer aceptar a los familiares una compensación o incentivo de carácter económico (27).

En cuanto al principio de solidaridad, es de suponerse que los individuos pertenecientes a una sociedad se encontrarían mutuamente implicados. Esto quiere decir, desde el punto de vista ontológico, que el todo social está indisolublemente involucrado en la suerte de cada uno de sus miembros. Desde el terreno de la ética, esto conduce a otro principio adicional denominado responsabilidad, lo cual, implica que cada miembro de la comunidad sería responsable por el bien de los demás. Una fragmentación de esta sociedad la hace más vulnerable reflejándose en cada uno de sus miembros al obtener menos beneficios o bienes en común (27).

Fomentar una legislación a favor de incentivos o compensaciones económicas implicaría una disminución del compromiso que supone tener este colectivo ante quienes lo conforman como individuos que necesitan de órganos o tejidos. A pesar que los individuos apelan a la solidaridad la sociedad verdaderamente no está cumpliendo con el principio de responsabilidad por el bien común.

El principio de solidaridad, está relacionado con el principio de justicia, que en salud deber traducirse en un beneficio para sus miembros de manera diferenciada favoreciendo a sectores más vulnerables, social, ambiental y económicamente. Ello implica un sistema adosado a procesos transparentes y criterios técnicos adecuados, como ingrediente para la toma de decisiones en la distribución de recursos. En materia de trasplante, el principio de justicia persigue establecer condiciones de igualdad para todos los miembros de la sociedad que podrían ser potenciales beneficiarios, dando a cada quien lo que merece. Sin embargo, esto se vuelve relativo pues primero, debe definirse que se entenderá como merecimiento, las ambigüedades trivializan el principio de justicia, que muchas veces es más útil para problemas prácticos pero no así en problemas de mayor complejidad (27). Es conocida la problemática en Latino América de las inequidades y desigualdades que enfrentas los sistemas de salud y que por tal razón se deben vigilar y desarrollar mejores prácticas normativas, para asegurar que todos tengan acceso a estos procedimientos sin mediación de nivel socio económico, raza, genero, credo religioso y otros determinantes de inequidad y desigualdades que se experimentan en salud.

Los avances tecnológicos plantean un escenario ilimitado, sin embargo, los recursos económicos no lo son, lo cual, transforma a la salud en un bien valioso bajo un sistema de enfoque de mercado. La capacidad económica de los miembros de una sociedad estaría determinada por el nivel de acceso, tipo y calidad del servicio de salud, lo cual, no necesariamente lo hace justo e igualitario, encontrándose siempre brechas entre quienes tiene más posibilidades de recursos y los que poseen menos recursos (28,29,30).

Experiencias sobre la comercialización.

Experiencias en la India evidenciaron, que de un total de 305 individuos que vendieron su riñón, 71% estaban ubicados por debajo de la línea de pobreza. De un total de 292 personas que vendieron su riñón el 96% afirmó que su motivación fue pagar una deuda. Entre los principales rubros reconocidos están los pagos por comida, renta y gastos médicos. Otros rubros fueron, generación de recursos económicos para iniciar un negocio, pagar estudios de sus hijos o para el casamiento de sus hijas, esto último debido a la dote que el padre tiene que aportar a la familia del novio (31). La cantidad prometida por la venta fue en promedio \$US 1.410 dólares, oscilando entre un rango de \$US 450 - \$US 6.280, mientras la cantidad en realidad recibida en promedio fue de \$US 1.070 dólares, con un rango de \$US 450 – \$US 2.660. Tanto los intermediarios como las clínicas, prometieron un tercio más que lo que en realidad pagaron finalmente (31).

El mismo estudio, afirma que las mujeres en relación con los hombres representaron el mayor porcentaje de quienes vendieron un riñón, coincidiendo con estudios realizados en Estados Unidos, donde las mujeres están relacionadas con

un mayor porcentaje de donación de riñón en relación al hombre. Sin embargo, en ambos países, es mayor el porcentaje de hombres que reciben los beneficios de trasplantes de un riñón en comparación con las mujeres (31,32).

Estudios realizados en Reino Unido afirman que pacientes que suspendidos de la lista de trasplantes local por motivos médicos, fueron manejados en el extranjero, esto indicó la presencia subyacente de formas de compra venta de servicios médicos y órganos para trasplantes. A los supuestos donantes, no se les evaluó previamente enfermedades como el VIH/SIDA, Hepatitis A y C, así como tampoco se les dio seguimiento médico por posibles complicaciones (33).

Experiencias sobre las regulaciones legales.

Al respecto se puede mencionar la experiencia chilena. Recientemente este país aprobó una reforma a la Ley N°19.451 publicada el 15 de enero del 2010 (Ley 20.413 Art. único No 3), estableciendo la figura del Donante Universal, lo cual, consiste en que toda persona a partir de los 18 años de edad sea considerada, por el sólo ministerio de la ley, donante de sus órganos una vez fallecida, a menos que en vida haya manifestado su rechazo a ser donante (34).

Sin embargo, si una ley establece que todas las personas son consideradas a priori donantes, el acto deja de ser por sí mismo potestativo. El acto libre de ser donador debe ser congruente y surgir con naturalidad y no por un decreto, aunque la ley mantiene la actitud altruista de las donaciones y prohíbe cualquier contrato, promesa o entrega de órganos a título oneroso. Mientras que la donación intervivos, sólo se justifica siempre y cuando sea necesario no ponga la vida del donante en riesgo y previa confirmación del porcentaje de éxito del procedimiento para el receptor. Esta modificación es parecida a las legislaciones puesta en práctica en países Europeos (35,36).

Lo anterior, impone un principio de legalidad considerado una exigencia pre ética, lo que permite realizar una valoración ante cualquier decisión en torno a este tema. Efectivamente, para sancionar un determinado comportamiento es preciso que haya una ley escrita previa a la realización de la conducta.

En esta misma ley se estipula, que en caso de dudas fundadas sobre la renuncia de la condición de donante, podrán decidir el conyugue o conviviente del fallecido, pariente mayor de 18 años hasta el cuarto grado de consanguinidad. Pero, si existiere contradicción en el testimonio y no hubiera acuerdo en el plazo establecido como razonable para realizar el trasplante será considerado al fallecido como donante.

Esto es similar a lo establecido por la legislación Española en el Arto 5,2.º el cual refiere que de no existir una constancia expresa de rechazo a la donación, los familiares carecerán de toda legitimación para oponerse a la extracción dado que no pueden prevalecer sobre el derecho a la salud y la vida de los receptores potenciales. En este país se reportan 32,5 donantes por millón con una negativa familiar superior al 20% (37).

Sin embargo, la existencia de la ley no es suficiente por sí misma, se deberá confirmar exhaustivamente que no existe evidencia expresa de rechazo de ser donante y valorar, según cada caso, la sinceridad de la respuesta de los familiares respecto de la no intención de donación de parte del fallecido (37). En la práctica, el equipo médico recurriría habitualmente a la obtención del consentimiento familiar, por considerarse que la realización de una extracción de órganos de un fallecido contra el parecer de sus familiares podría causar más perjuicio que beneficio en el ámbito general de las políticas de trasplante (37). La experiencia Española refiere, que un paciente conectado artificialmente no sería desconectado si ha manifestado rechazo a ser donante, sin embargo, un paciente que no ha manifestado estar en contra a ser donante, podrá ser desconectado para aprovechar adecuadamente sus órganos debido a la limitaciones del tiempo. Por tanto, el médico, se ve obligado a acudir a los familiares para tomar esta decisión bajo el consentimiento informado de éstos.

El consentimiento informado es vital cualquiera que sea la modalidad, tal como, el consentimiento presunto (Donante Universal) o el consentimiento explícito (donante potencial en vida declara su voluntad). En ambos casos, las familias no pueden quedar por fuera, debido a que prevalecen aspectos culturales e idiosincrasia locales que son relevantes y decisivos en estas situaciones. Por ello, es necesario informar constantemente a la sociedad sobre este tema, desde el ámbito de la ética, la legislación y sus implicaciones.

El alto porcentaje de negativas seguirá siendo un aspecto con lo que hay que lidiar, aún en el caso de existir una legislación que norme esta situación. Esto, podría ser explicado en parte, al desconocimiento de la población de los ámbitos anteriormente mencionados. Además, hace falta una promoción continua y no sólo circunstancial cuando apresen imágenes y declaraciones de familiares en situaciones extrema de tiempo requiriendo un donante de órganos (38).

Conclusiones

No es ética ni moralmente tolerable impulsar una propuesta de incentivos o comercialización de órganos y tejidos humanos. Aún sabiendo obviamente la existencia de lucro en el proceso intermedio, entre el donante y el receptor, obtenido por las casas farmacéuticas, transporte, preservación, tecnología, etc.

La liberalización de un mercado de órganos se sumaría a los procesos de desigualdades e inequidades ya existentes en los sistemas de salud con un enfoque de mercado.

Se debe diferenciar entre, el incentivo moral no económico, el incentivo económico y la compra venta para la adquisición de órganos y tejidos. Sin embargo, cualquiera de estas tres modalidades se opone a los principios de autonomía, solidaridad, responsabilidad y justicia. Evidentemente, legislar en estos aspectos es de vital importancia como un principio pre-ético para lograr resolver dilemas. Sin embargo, la ley por sí mismo no logra resolver los problemas de ética médica que se trastocan con su implementación. Una ley de donante universal o consentimiento presunto podría considerarse un paso positivo. Sin embargo, podría limitar la autonomía o el derecho individual, si las personas (futuros donantes) no comprenden que el no disentimiento se interpretará como consentimiento. Por tanto, el Estado y las instituciones encargadas de trasplantes, deberían garantizar la promoción y la educación continua de la población sobre el tema, desde el punto de vista ético, legal y sus implicaciones.

Los familiares no deben quedar excluidos de los procesos de decisión de donación de órganos postmortem. También, es importante considerar aspectos culturales, religiosos y de idiosincrasia que podrían ser relevantes. Se hace necesario, realizar estudios de carácter cualitativos que ayuden a profundizar sobre estos aspectos.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Trasplante de órganos tejidos humanos. "Informe de la Secretaria" 62ª Asamblea Mundial de la Salud. A62/15, 26 de marzo del 2009.
2. Organización Panamericana de la Salud. Trasplantes de órganos y tejidos humanos: Consejo Ejecutivo, 112ª reunión, 2003.
3. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de los programas nacionales para la donación de órganos y trasplante. 29ª Sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, DC., 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud. Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. A62/15 2009.
5. Álvarez H. Consentimiento presunto y respuesta requerida como alternativa a la escasez de donantes: un análisis ético. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 –Nº3, Junio 2007; p ágs. 244-29.
6. Steering Committee of the Stambul Summit. Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul. Lancet 2008; 372: 5-6.
7. Friedman A. Payment for living organ donation should be legalized. BMJ 2006; 333: 746-748.
8. Veatch R. Por qué los liberales deben aceptar los incentivos financieros para la consecución de órganos. Inst Kennedy del ética 2003; 13(1): 19-36.

9. Novelli G, Rossi M, Poli L, Morabito V, Ferretti S, Bussotti A, et al. Is legalizing the Organ Market Possible? *Transplantation Proceedings* 2007; 39: 1743-1745.
10. Keller F, Winkler U, Meyer J, Stracke S. Should Commercial Organ Donation Be Legalized in Germany? An Ethical Discourse. *Transplantation Proceedings* 2007; 39: 475-477.
11. Kottow, Miguel. Introducción a la Bioética. En: *Donación y trasplantes de órganos*, cap 13. pag 215-224. Editorial Mediterráneo, Buenos Aires 2005.
12. Sunil Shroff. Legal and ethical aspects of organ donation and transplantation. *Indian J Urol.* 2009 Jul-Sep;25(3): 348-355.
13. Savulescu J. Is the sale of body parts wrong? *J. Med. Ethics* 2003; 29:139-140.
14. Radcliffe Richards J. Commentary. An ethical market in human organs. *J. Med. Ethics* 2003; 29:141.
15. Shimazono Y. The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 955–62.
16. Kleiman I, Lowy F. Ethical considerations in living organ donation and a new approach. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1484-148.
17. Spital A. Living organ donation, shifting responsibility. *Arch. Inter Med* 1991; 151: 234-235.
18. Scheper-Hughes N. The ultimate commodity. *Lancet* 2005;366:1349.
19. Scheper-Hughes N. The end of the body. In; Swarts TR, Bonello FJ, eds *taking sides: clashing views on controversial economic issues*. Columbus, OH McGraw Hill, 2004.115.
20. Clay M, Bloc W. A free market for human organs. *J.Soc Pol Ecan Stud* 200; 27:230.
21. Taylor JS. Black Markets, transplant kidneys and interpersonal coercion. *J Med Ethics* 2006;32:698-701.
22. Rothman DJ, Rose E, Awaya T, et al. The Bellagio task force report on transplantation, bodily integrity, and the international traffic in organs. *Transplant Proc* 1997;29:2739–45. J
23. Zamora A. ¿Deontología Kantiana? *Rev. filosofía Univ. Cosrta Rica.* XLIII (108), 147-151. Enero-Abril 2005.
24. Kishore RR. Human organs, scarcities, and sale: morality revisited. *J Med Ethics* 2005;31:262–5.
25. Kunin JD. The search for organs: Halachic perspectives on altruistic giving and the selling of organs. *J. Med. Ethics* 2005; 31: 269-272.
26. Taylor S. *Autonomy, Constraining Options, and Organ Sales.* *Journal of Applied Philosophy*, Vol. 19, No. 3, 2002
27. Schramm F, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saude Publica* 2001; 17(4): 949-956.
28. Hertel A, Giustin A, Sotelo J. The Chilean infant mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. *Bull World Health Organ* 2007; 85(10):798-904.
29. Gttini C, Sanderson C, Castillo C. Variación de los indicadores de mortalidad evitable entre comunas chilenas como aproximación a las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(6): 454-461.
30. Ticona M, Huanco D, García V, Calderón K. Mortalidad perinatal. Inequidad en América Latina. *Act Médica Peruana* 2005; XXII (2): 86-89.
31. Goyal M, Mehta RL, Schniderman LJ. Economic and Health of Selling a kidney in India. *JAMA* 2002; 288(13): 1589-1593.
32. Jha V, Muthukumar T, Khili HS, Sud K, Gupta KL, Sakhuja V. Impact of cyclosporine withdrawal on living related renal transplants: a single center experience. *Am J Kidney dis* 2001; 37:119-124.
33. Kucuk M, Sever MS, Turkmen A, Sahin S, Kaszancioglu R, Ozturk S, et al., Demographic analysis and outcome features in a transplant outpatient clinic. *Tasplant Proc* 2005;37: 743-6

34. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Normas sobre trasplantes y donación de órganos. Ley No 19,451. Publicada el 10 del 4 de 1996 y reforma de Ley No 20.413 Publicada el 15 de Enero del 2010.
35. Cohen B. Organ donor shortage: European situation and possible solutions. Scan J Urol Nephrol 1985; 19(3):79
36. Prottas JM. The rules for asking and answering: the role of law in organ donation. University of Detroit Law Review 1985; 63(145): 186-187.
37. Aguirre J. La legislación española en material de trasplante. Nefrología 1996; XVI (Supl 2):39-47
38. Carral J, Parellada J. Problemas bioéticos para la donación postmortem para trasplantes de órganos. Rev Cub Med Int Emerg 2003; 2 (2).

www.parroquiasantamonica.com

Vida Cristiana