



Revista Latinoamericana de Bioética

ISSN: 1657-4702

ISSN: 2462-859X

Universidad Militar Nueva Granada

Camargo Rubio, Rubén Darío  
Argumentación ética en la donación de riñón de donante vivo y sano  
La autodeterminación, voluntad y generosidad superan los riesgos\*  
Revista Latinoamericana de Bioética, vol. 23, núm. 1, 2023, Enero-Junio, pp. 11-25  
Universidad Militar Nueva Granada

DOI: <https://doi.org/10.18359/r/bi.5555>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127075971002>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UDEM 

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto



# Argumentación ética en la donación de riñón de donante vivo y sano

## La autodeterminación, voluntad y generosidad superan los riesgos\*

Rubén Darío Camargo Rubio<sup>a</sup>

**Resumen:** el gesto altruista del donante vivo y sano de riñón, relacionado genética o sentimentalmente, se basa en autodeterminación, voluntad y generosidad. La argumentación ética alrededor de la donación de riñón de donante vivo y sano se orienta con las éticas principialista y personalista, la dignidad humana, la corporalidad, la divisibilidad del cuerpo, el mal menor y el mal mayor. Hace parte del derecho a la información amplia y suficiente que recibe el donante sobre los riesgos y posibles complicaciones físicas y morales del procedimiento, por medio del comité de bioética y el grupo de trasplantes. Con base en la argumentación ética planteada se procedió a contestar la pregunta de esta investigación: ¿se debe dejar que una persona viva y sana sea sometida a una cirugía que le dejará mononéfrico de por vida, solo por el deseo de ayudar a otro, a pesar de que existen programas activos con donante cadavérico? El objetivo de este artículo es plantear una argumentación ética sobre la donación de riñón de donante vivo y sano que contribuya a una adecuada orientación de su decisión.

**Palabras clave:** donante vivo de riñón; trasplante renal; principios éticos; comités de ética médica

**Recibido:** 08/01/2021

**Aceptado:** 05/02/2022

**Disponible en línea:** 30/06/2023

**Cómo citar:** Camargo Rubio RD. Argumentación ética en la donación de riñón de donante vivo y sano: La autodeterminación, voluntad y generosidad superan los riesgos. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 30 de junio de 2023 [citado 30 de junio de 2023];23(1):11-26. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/5555>

---

\* Artículo de reflexión.

<sup>a</sup> Médico internista e intensivista, magíster en Gestión de Trasplantes y magíster en Bioética. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, Armenia, Colombia.  
Correo electrónico: [rcamargorubio@gmail.com](mailto:rcamargorubio@gmail.com) ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2298-2773>

## *Ethical Argumentation in Living and Healthy Donor Kidney Donation. Self-determination, Will and Generosity Outweigh the Risks*

**Abstract:** the altruistic gesture of the healthy living kidney donor, genetically or sentimentally related, is based on self-determination, willingness, and generosity. The ethical argumentation around living and healthy kidney donation is guided by principled and personalistic ethics, human dignity, corporeality, divisibility of the body, the lesser evil, and the greater evil. It is part of the right to ample and sufficient information that the donor receives about the procedure's risks and possible physical and moral complications through the bioethics committee and the transplant group. Based on the ethical argumentation raised, we proceeded to answer the question of this research: should a living and healthy person be subjected to a surgery that will leave him/her mononephric for life, just because of the desire to help another, even though there are active programs with a cadaveric donor? This article aims to provide an ethical argumentation on living and healthy donor kidney donation that will contribute to an adequate orientation of their decision.

**Keywords:** living kidney donor; renal transplantation; ethical principles; medical ethics committees.

## *Argumentação ética na doação de rim de doador vivo e saudável. Autodeterminação, vontade e generosidade superam os riscos*

**Resumo:** o gesto altruísta do doador de rim vivo e saudável, relacionado genética ou sentimentalmente, está baseado na autodeterminação, vontade e generosidade. A argumentação ética ao redor da doação de rim de doador vivo e saudável é orientada pelas éticas principialista e personalista, pela dignidade humana, pela corporalidade, pela divisibilidade do corpo, pelo mal menor e pelo mal maior. Faz parte do direito à informação ampla e suficiente que o doador recebe sobre os riscos e possíveis complicações físicas e morais do procedimento, por meio do comitê de bioética e do grupo de transplantes. Com base na argumentação ética proposta, procedeu-se a contestar a seguinte pergunta de pesquisa: deve-se deixar que uma pessoa viva e saudável seja submetida a uma cirurgia que a deixará mononéfrico para sempre, somente pelo desejo de ajudar o outro, apesar de existirem programas ativos com doador cadavérico? Nesse contexto, o objetivo deste artigo é apresentar uma argumentação ética sobre a doação de rim de doador vivo e saudável que contribua para uma adequada orientação de sua decisão.

**Palavras-chave:** doador de rim vivo; transplante renal; princípios éticos; comitês de ética médica

## Introducción

La importancia que tiene para la persona viva y sana donar un riñón se basa en la autodeterminación, la voluntad, la generosidad, la libertad de acción y la capacidad de tomar decisiones sin injerencia de otros ni coacción alguna (1). Esta decisión es de relevancia personal para el donante vivo (DV) relacionado genética o sentimentalmente, quien debe tener una información ética y científica suficientemente amplia que oriente la decisión que toma (2). El beneficio para el DV es ninguno, solo recibe la satisfacción; la generosidad de donar supera los riesgos y las complicaciones físicas y morales de su decisión. Los beneficios que recibe el receptor son los siguientes: un mejor tratamiento de la insuficiencia renal crónica (IRC), mayor supervivencia, calidad de vida y evitar la diálisis (3).

La utilidad de plantear una argumentación ética en la donación de riñón de DV y sano consiste en orientar la mejor decisión del donante como persona humana con razón, inteligencia y voluntad. Ayuda a comprender el alcance y la dimensión del acto altruista y generoso que va a realizar utilizando su cuerpo. Esta argumentación ética parte de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (ética principialista), y de defensa de la vida física, de no instrumentalización, de totalidad, de libertad y responsabilidad (ética personalista). Así como de la corporalidad, la divisibilidad del cuerpo, la dignidad humana, el mal menor y el mal mayor.

La información científica es entregada por el grupo de trasplantes, en relación con el procedimiento quirúrgico y los posibles riesgos y complicaciones de la intervención. El comité de bioética analizará, además, los dilemas éticos y los conflictos de interés que se puedan presentar en la entrevista y al momento de la entrega de información del grupo de trasplante al DV de riñón. La motivación de este donante, relacionado o no relacionado, para dar su órgano, es el componente más importante que debe ser considerado por el grupo de trasplante y el comité de bioética. Debido a que pueden existir factores como donación por codicia de bienes materiales, compensación financiera, debilidad o culpa (4). El deseo relevante del DV de

salvar la vida y evitar la muerte del otro, mejorando su calidad de vida, debe ser visto más allá de su generosidad, altruismo, autodeterminación, libertad y voluntad, por parte del comité de bioética y el grupo de trasplante (5).

El propósito de esta reflexión es ofrecer una argumentación ética a la donación de riñón de DV y sano, que cree conciencia y abra espacios reflexivos y de discusión sobre la motivación que lleva a una persona viva y sana a decidir el acto de intervenir su cuerpo, sin ningún tipo de coacción y conocimiento previo, solo por voluntad (6).

El objetivo de este artículo es plantear una argumentación ética a la donación de riñón de DV y sano que contribuya a una adecuada orientación de su decisión.

## Marco teórico

Los principios rectores establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1991 (7) se han fundamentado en lo científico y lo ético. La finalidad de estos principios rectores es proporcionar un marco ordenado, ético y científico aceptable para la adquisición de órganos de donante cadavérico y trasplante de órganos, células y tejidos humanos de DV. Los principios rectores actuales de la OMS, con sus nuevas disposiciones, son once (8). Se encuentran contemplados en la “Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030”. (9). El principio rector número tres determina lo concerniente al DV con relación a la información, el consentimiento informado y la evaluación psicosocial del donante, relacionado o no relacionado.

La mayoría de las personas que requieren un trasplante renal en el mundo lo reciben de un donante fallecido por muerte encefálica. Esta siempre deberá ser la primera opción para el trasplante renal, no el DV. Hay argumentos válidos científicamente aceptados para realizar el trasplante renal con donante relacionado genéticamente, como los excelentes resultados en la sobrevida del injerto, que son del 90 % a los 10 años de seguimiento. La supervivencia del injerto ha sido calculada entre donantes vivos y cadavéricos, según el tiempo de diálisis pretrasplante: de 75 % y 69 % sin diálisis,

respectivamente; de 62 % y 49 % entre 0 y seis meses de diálisis, respectivamente, y de 49 % y 39 % para aquellos con más de 24 meses en diálisis, respectivamente (10).

Con el DV relacionado se tiene, además, una mayor compatibilidad de los antígenos de los linfocitos humanos (HLA), facilidad para planear el momento óptimo del trasplante renal (Tx), menor función retardada del injerto y menor costo. Así mismo, obviar el inicio del tratamiento con diálisis en los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRC). Estas opciones permiten disminuir la morbilidad para el receptor y además influye en la supervivencia del injerto (11).

Los programas de DV de riñón, relacionado o no relacionado, han creado diferentes estrategias para conseguir un mayor número de trasplantes. Es así como hoy se encuentra la modalidad de donante de riñón cruzado (ABO) incompatible, una modalidad que está incrementándose en el mundo con programas establecidos en España, Estados Unidos y México. Con esta opción, los receptores de riñón se han beneficiado con el intercambio de donantes renales vivos entre dos o más parejas donante-receptor que son incompatibles entre sí, para formar nuevas parejas que sí son compatibles (12). Es una modalidad aceptada en algunos programas de trasplante renal de vivo, pero igualmente presenta controversias médicas y éticas que se encuentran en discusión (13).

El DV no dirigido es ahora otra modalidad de donante, en la cual una persona viva y sana dona un órgano, generalmente un riñón, y no designa ni tiene un receptor previsto. El órgano es donado como un regalo sin expectativas de retribución y sin conexiones entre el donante y el receptor del trasplante. Se hace referencia a estos donantes no dirigidos como buenos samaritanos o donantes altruistas. Este tipo de donante también puede participar en la donación cruzada de órganos o cadenas de donación de órganos para ayudar a emparejar parejas incompatibles. Este proceso, a menudo, resulta en una cadena de trasplantes con el beneficio de varios candidatos a recibir el regalo del donante no dirigido (14)

Estas nuevas formas de consecución de órganos de riñón de donantes vivos y estos nuevos tipos de

trasplantes provocan la reflexión ética y moral sobre si responden a unos principios éticos consensuados o no, y si se respetan los principios de la defensa de la vida física y la no-instrumentalización del ser humano. Sobre su efecto en el sistema de donación y trasplante actual, y en la persona en su corporalidad, divisibilidad de su cuerpo y dignidad. Pareciera que cada país y cada cultura han desarrollado normas legales y éticas diversas, aceptando principios éticos diferentes sobre los que edifican la donación y el trasplante.

## Metodología

Se realizó una sistemática búsqueda bibliográfica para el fundamento ético de la argumentación, en Bioética red (<https://bioeticared.com/>) y BioéticaWeb (<https://www.bioeticaweb.com/>), plataformas en línea que cubren información relativa a la bioética. Para la fundamentación científica y ética se utilizó la herramienta de búsqueda <http://askmedline.nlm.nih.gov/ask/pico.php>; para encontrar evidencia de la literatura actual se buscó en Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) / PubMed, Scopus, Web of Science, que complementaron la respuesta a la pregunta planteada en la investigación, que se presentó en la discusión: ¿se debe dejar que una persona viva y sana sea sometida a una cirugía que le dejara mononéfrico de por vida, solo por el deseo de ayudar a otro, existiendo programas con donante cadavérico activos?

## Resultados

### Fundamentación ética

#### *La ética principialista*

Es una referencia práctica y conceptual que puede servir de orientación en situaciones concretas como la donación de riñón de personas vivas y sanas. Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia se interpretan a la luz de dos teorías. La primera, el utilitarismo mitigado o restringido, en el cual es lícito emprender una acción que supone un beneficio para una persona, si con

ella se produce un beneficio apreciable para otro. Se cuenta con el consentimiento del afectado, y se trata de una medida no degradante, que determina que la opción más ética es la que produce el mayor beneficio para él y al otro (15). Esta teoría ética se puede aplicar al DV; se respeta el consentimiento y se pondera el beneficio para él como donante y para el receptor, pues es lícita la donación, pero no deja de tener un componente utilitarista y degradante, así sea mitigado o restringido. La segunda, la deontología *prima facie*, también llamada “Ética de los deberes *prima facie*” (*Ethic of Prima Facie Duties*), es una teoría de la ética propuesta por William David Ross, en la que cualquier necesidad de cumplimiento de una acción es para cualquiera, a primera vista o en principio, una situación o un derecho, sin prejuzgar el asunto. El sentido común nos dice que no todas las circunstancias reales con las que nos encontramos exigen su cumplimiento (16). Es plantearnos que no toda persona que quiere donar un riñón puede ser donante, ni hay que dejarlo solo por su intención, sin conocer su intencionalidad.

El principio de autonomía será aceptado por el DV de forma voluntaria, quien con libertad decide donar después de ser informado y dar el consentimiento, y se respeta su decisión. El límite de la autonomía del donante es reconocer su dignidad humana, principio que puede entenderse como una inviolabilidad a su decisión o a su cuerpo. En el principio de beneficencia, el médico, en su evaluación, considera que el donante puede hacer el bien que el otro espera y desea (el receptor). Este principio no aplicaría en el DV, debido a que el beneficio de la intervención será ninguno, y los riesgos, máximos; su único beneficio es la satisfacción de servir. En el principio de no-maleficencia (no hacer daño), el médico puede decidir no proceder a ejecutar el trasplante con DV, para no causar un posible daño a una persona viva y sana, y haría lo posible para que el receptor ingresara a la lista de espera para donante cadavérico. El médico tiene la obligación profesional señalada por la tradición hipocrática de no dañar, *primum non nocere*, y esto incluye evitar el riesgo al DV y sano, que no

requiere la intervención por no estar enfermo. Porque implica someterlo a sufrimientos innecesarios con el fin de mejorar la vida de otra persona que es enferma terminal, cuando existen alternativas como el donante cadavérico (17). Si partimos del principio moral establecido dentro de la sociedad, *no perjudicar*, y el de la medicina, *no hacer daño*, nos enfrentamos con la regla de no dañar, ni causar dolor, sufrimiento, muerte o discapacidad al otro (18). En el principio de justicia, lo justo es dar al receptor la posibilidad del beneficio del trasplante, pero de donante cadavérico, pues sería injusto utilizar la bondad del DV de riñón a sabiendas de los riesgos y complicaciones físicas y morales a que se someterá (19). Es importante anotar que la formulación de los principios de la ética sin una fundamentación ontológica y antropológica puede volver a los principios estériles y confusos ante cualquier decisión.

### *La ética de la virtud*

La ética de la virtud pertenece a todas las personas, no solo a los médicos. Se adquiere por medio de la práctica y nos ayuda a entender la cualidad humana, cuya posesión y ejercicio tiende a hacernos capaces de lograr aquellos bienes o perfecciones personales, sociales y humanas que nos permiten resolver los retos éticos permanentes relacionados con la búsqueda de vivir una vida moral (20). Aristóteles (385-323 a.d.c., *Ethica Nicomachea*) consideró al médico como *virtuoso moral y virtuoso intelectual*, entendiendo la virtud como la actitud honesta y de servicio que el médico ofrece al tomar una decisión. Esta se acompaña de la moral, que es el conjunto de reglas aplicadas en los actos y juicios de la vida que orientan las acciones y comportamientos diarios (21). El médico, en su virtud de prudencia, justicia y conocimiento científico, analiza cada situación de cada DV y sano en forma individual, particulariza cada diálogo y aplica los principios de la ética principialista y personalista, orientando la acción para tomar la mejor decisión para el donante, donar o no donar (22). Una acción es éticamente correcta si la ejecuta una persona virtuosa.

### *La ética personalista*

El principio de defensa de la vida física es un principio de la ética personalista, la cual defiende la vida física, corpórea, valor fundamental de la persona, porque la persona no puede existir si no es en un cuerpo. No se refiere al individualismo subjetivista, concepción en la que se subraya casi exclusivamente como constitutiva de la persona la capacidad de autodecisión y de elección. La ética personalista no tiene otra finalidad que la de promover el bien íntegro y dual de la persona humana, centro de la vida social. Se basa en la antropología, en la cual el valor de la vida física corpórea encuentra su propio marco y su valoración ética (23). La defensa de la vida física es la de la vida misma, que es el don máspreciado, valor fundamental que tenemos los seres vivos y, por principio, no deberíamos someterla a ningún tipo de riesgo, ni siquiera para donar un órgano en vida.

El principio de totalidad es otro precepto de la ética personalista, en el cual la persona humana constituye una totalidad, como el organismo mismo. De aquí se deriva el principio terapéutico por el cual es lícito intervenir en una parte del cuerpo cuando no hay otra forma para sanar la totalidad del cuerpo. Este axioma terapéutico no es aplicable al donante de riñón, pues él no va a sanar nada en su cuerpo con la intervención, debido a que la totalidad de su cuerpo está sana, sin embargo, es permitido. Se aplica al receptor, en el que la intervención es lícita para sanar la totalidad de su cuerpo con un órgano donado.

El principio de libertad y responsabilidad es otra norma de la ética personalista, en el cual se engloba el concepto de que la persona es libre para conseguir el bien de sí mismo, de las otras personas y de todo el mundo. Principio que se podría aplicar al DV de riñón, quien toma la decisión de donar con libertad y responsabilidad para conseguir un bien en otro, no tanto en sí mismo. La ética personalista entiende al ser humano como una criatura única y excepcional, por la cual el concepto de persona lo convierte en una unidad lógica indivisible, que debe regir toda intervención clínica, médica, psiquiátrica o psicológica (24). Se debe tener siempre en cuenta que el donante es una persona única

e indivisible, en la cual los principios de defensa de la vida, totalidad, libertad y responsabilidad deben ser interrogados y aplicados al donante mientras se le informa.

### *El principio de la no instrumentalización*

Este principio es una expresión de la dignidad humana que obliga a tratar a las personas como fines en sí mismos y no como simples medios (25). La instrumentalización de la persona es usarla como medio indirecto para conseguir un fin. El DV de riñón puede ser visto como un medio para lograr un fin en otro y, al mismo tiempo, como un fin en sí mismo. El fin en sí mismo tiene una dimensión negativa, que significa que el hombre no puede ser utilizado solo como medio. En consecuencia, nunca un recto razonamiento moral podrá autorizar una acción que atente contra el hombre, en cuanto a su fin en sí mismo, promoviendo una acción que lo utilice como medio. Defender de manera consistente la dignidad de todas las personas se convierte en el imperativo moral de reconocerlas siempre como fin y no como medio. El principio de respeto supone que los seres humanos son libres, en el sentido de que son capaces de elegir, por lo cual deben ser tratados como fines y no solo como simples medios (26). El principio de no instrumentalización debe considerarse dentro de la motivación que tiene el donante de dejar que su cuerpo sea usado como un medio y, al mismo tiempo, como un fin en sí mismo, por su autodeterminación, voluntad y generosidad. Situación que es de importancia aclarar al donante, si lo hace como medio o como fin.

### *La corporalidad de la persona*

En relación con el cuerpo, la cultura Occidental desarrolló las teorías del dominio imperfecto y del dominio perfecto. En la teoría del dominio imperfecto se establecía que el hombre no tenía un dominio sobre su vida, porque la misma es un regalo de Dios; en consecuencia, no podía disponer de su cuerpo; esta perspectiva se fundamentó en el principio de sacralidad de la vida humana. En la tesis del dominio perfecto están presentes dos formas de relación con el cuerpo, una individual, en la que

el cuerpo es propiedad privada, y otra común, en la que el cuerpo es propiedad pública. En la Antigüedad y en la Edad Media, estas fueron las posturas dominantes con relación al cuerpo. En el mundo moderno, el paradigma en cuanto al cuerpo se ha desplazado hacia posturas que consideran al hombre como amo y dueño de sí mismo, de su cuerpo, de sus partes y de su vida (27).

Las tradiciones taoísta, budista e hindú fundamentan una mirada del cuerpo desde su integración unitaria con la mente y el espíritu. Entender esta conexión constituye un valioso aporte a las actuales reflexiones sobre el ser humano como ser integral: cuerpo, cerebro y mente (28). La persona en su concepción dualista, que es la unión de dos elementos: el espiritual (alma o sema) y el material (cuerpo o soma), es corpoespiritual, inteligente y corpóreo. El cuerpo envuelve al alma y esta determina al ser (29). El cuerpo es lo biológico estructural, compuesto por un esqueleto, órganos, tejidos y fluidos que permiten la vida propia y la relación con otros cuerpos; no podemos hablar de persona sin cuerpo; el cuerpo es el soporte físico y determina en el ser humano su existencia físico-material. El donante debe descubrir el valor de su cuerpo y la importancia de su propia vida, y cómo esta se relaciona con otros cuerpos, que le permite a su estructura biológica donar un órgano que necesariamente dejará a su cuerpo incompleto, sin un riñón (mononéfrico), en su existencia físico-material.

### *La divisibilidad del cuerpo*

El desarrollo de las técnicas médicas y de la biotecnología ha dado lugar a la existencia y uso cada vez más frecuente de partes separadas del cuerpo humano, sean órganos, tejidos o células. Estos se requieren en los campos de la terapia médica, el trasplante de órganos, los injertos de piel, la reproducción asistida y la investigación (30). Además, estas partes del cuerpo o biomateriales humanos pueden ser y son objeto de transferencias de unos cuerpos a otros. Su naturaleza es precisamente humana, esto es, constituye la materia de la que estamos hechos, y de hecho su destino esperable es pasar a formar parte de otro cuerpo humano. Los biomateriales humanos tienen un valor especial para los individuos y para la especie humana.

Disponer de ellos en el momento oportuno significa poder conservar la vida o reproducirla. Ello supone que algunas partes de nuestro cuerpo pueden ser separadas del mismo sin perder su valor o función, si se trata de un órgano par como el riñón. Este se considera parte vital del cuerpo humano, permite la conservación de la vida humana de un tercero y puede llevar una existencia independiente de nuestro cuerpo e integrar otro cuerpo (31). Con la aparición de la donación de órganos de personas vivas y la tecnología del trasplante, la indivisibilidad anterior del cuerpo humano ahora se vuelve divisible y los diferentes órganos humanos forman un nuevo sujeto de vida, una nueva vida que parte de órganos donados por personas vivas y sanas (32).

Los sistemas jurídicos nacionales e internacionales abordan la divisibilidad del cuerpo con la transmisibilidad de un órgano a otro, la posible comercialización o venta del órgano donado y la propiedad de las partes de nuestro cuerpo. Con la tesis de que la propiedad privada sería el estatuto jurídico más apropiado para las partes separadas del cuerpo. En el caso de las personas que donan, lo hacen con un órgano que es de su propiedad privada, y este órgano puede ser objeto de apropiación privada, sea por parte de aquel de cuyo cuerpo ha sido separado, como por terceros a quienes hayan sido trasplantados los órganos. Por eso la tesis postula que el régimen jurídico más adecuado para garantizar el control de la donación de vivo es la propiedad de las partes de nuestro cuerpo. Los sistemas jurídicos tendrán que optar por promover o por desalentar la transmisibilidad, comercialización y propiedad de biomateriales humanos, debido a que la divisibilidad de nuestro cuerpo es real con órganos pares como los riñones y los pulmones, y por un órgano regenerable como el hígado (33). La tesis jurídica que se plantea con relación a la divisibilidad del cuerpo y a la propiedad privada de las partes de nuestro cuerpo, ante argumentos éticos de la donación pierden proyección, debido a que la transmisibilidad de una parte del cuerpo es voluntaria, altruista y generosa; la comercialización cede ante el principio de gratuidad, y la propiedad ante la dignidad de la persona, que no tiene precio, sino valor.

## *La dignidad de la persona*

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) abre con el “reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana” (34). La Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) protege la dignidad inherente al ser humano, en particular en materia de privación de libertad y de protección de la integridad personal. Más recientemente, en 2009, la Carta Europea de Derechos Fundamentales dedica su Título I a la dignidad, a la cual vincula dos derechos relevantes: 1) el derecho a la vida, y 2) el derecho a la integridad de la persona (35).

La persona humana tiene dignidad absoluta, no tiene precio sino valor, no debe ser instrumentalizada, siempre es un fin en sí misma y nunca un medio, es sujeto y no objeto. El hombre vale por lo que él mismo es por su ser que lo caracteriza, persona de naturaleza racional y libre, por tanto con voluntad. No se trata de una igualdad biológica con rasgos fisiológicos y psíquicos distintos. La igualdad se basa en que somos personas, esto es, tenemos naturaleza racional que nos hace diferentes entre los seres vivos y de otros seres vivos no humanos. La dignidad de la persona es la base de cualquier sociedad, de cualquier tipo de relación. Si no se reconoce su valor íntimo, entonces se le acaba tratando como a una cosa; es por eso que la dignidad de todo ser humano es el respeto y el rechazo de toda manipulación e instrumentalización. No podemos comportarnos como nos conducimos ante un objeto, como si se tratara de una cosa, de un medio para lograr nuestros fines personales. La dignidad, como valor espiritual de máximo grado de la persona humana, se materializa en la autodeterminación consciente y libre, y, al mismo tiempo, en la valoración y respeto por los demás como pares morales (36).

El respeto a la dignidad de la persona humana de ninguna manera se relaciona con una forma de ensalzamiento ilimitado de la autonomía personal, como se quiere entender en el individualismo en la cultura posmoderna Occidental (37). Es por eso que el donante debe conocer y saber que el valor de la dignidad está por encima de cualquier principio,

porque es absoluta e intrínseca a la naturaleza humana. Por lo cual el donante, para decidir dar su órgano, debe conocer el límite de la autonomía, que es reconocer su dignidad humana.

## *Los males menor y mayor*

El mal menor es aquello que, siendo privación de un bien o de una perfección, se considera, en un caso concreto, como algo estimable y aun digno de elogio, porque impide males mayores, los cuales pueden ocurrir en los órdenes físico y moral de una persona o en el otro. La acción de donar un riñón de una persona viva y sana está justificada pública, moral y jurídicamente, siempre que al permitir dicha acción no se ocasione un mal mayor, como sería la muerte del donante o del receptor. El riesgo de muerte del DV perioperatorio es de <0,03 % (mal mayor); para la mayoría de los donantes, el riesgo de padecer de insuficiencia renal a los 15 años de donar es de <1 %, (mal menor) (38). Las expectativas desmesuradas, tanto para el donante como para el receptor, no deben darse, pues aunque la pérdida de la vida puede sucederle a cualquiera de los dos (donante o receptor) en el procedimiento, esta no se contempla como situación primaria, ni se piensa como mal mayor que pueda suceder. Pero sí se debe contemplar como situación secundaria la pérdida del injerto, es decir, puede quedar el DV sin un órgano, y el receptor sin cumplir sus expectativas de mejorar su calidad y esperanza de vida; esto sería un mal mayor (39). La mortalidad del donante, a corto y a largo plazo, es razonablemente baja, es decir, es un mal mayor poco frecuente. No obstante, existen evidencias de que en la morbilidad de los donantes hay un ligero incremento de la presión arterial y la proteinuria, sin afección significativa de la función renal (40), lo que sería un mal menor que puede convertirse en uno mayor. El mal menor incluye el riesgo que se puede presentar durante el procedimiento, y la complicación durante o posterior al mismo, bien sean física o moral. Los trastornos y secuelas de esta acción son menores con tal de dar esperanza y calidad de vida a quien la recibe, lo cual justificaría el mal menor que padece (41). En la medida en que el

hombre comprenda que la razón humana puede llegar a profundidades insospechadas, se entenderá la diferencia entre un mal menor y otro mayor, presentes siempre en la decisión de donar (42).

### *Los comités de bioética*

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos fue aprobada por aclamación el 19 de octubre de 2005, en París, durante la 33 reunión de la Conferencia General de la Unesco. En ella se afirma

que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales (43).

La donación de órganos y los trasplantes pertenecen a los adelantos de la ciencia con aplicación tecnológica que suscitan dilemas éticos.

Los comités de bioética y el grupo de trasplante deben estar articulados al momento de la entrevista y entrega de la información, que es un derecho del donante. La participación del comité no será solo por solicitud el grupo de trasplantes ante circunstancias especiales, ya que debe asumir la responsabilidad de informar al donante sobre los aspectos éticos relacionados, a partir de una argumentación ética fundamentada en los principios de veracidad, honestidad, virtud de la prudencia, justicia y benevolencia. El comité de bioética debe tener claros los planteamientos a considerar relevantes en el momento de la entrevista o del suministro de la información con el donante, es decir, presentar una argumentación ética al DV y sano de riñón con base en las éticas principialista, personalista y de las virtudes, y la dignidad de la persona, el respeto por el cuerpo y los males mayor y menor. El comité, como ente administrativo institucional de consejería, asesoría y consultoría, puede orientar al grupo de trasplante sobre las intenciones que motivan la donación y dar razones fundamentadas en la argumentación ética (44). Debe tener siempre

en cuenta que cuando exista la posibilidad, se recomienda el trasplante con donante cadavérico, más si se trata de un donante no relacionado o de donante extraño (45). Cualquier planteamiento del DV vivo de riñón, relacionado o no relacionado, debe ser valorado, estudiado y analizado detenidamente por el comité, y conocido por el grupo de trasplantes (46), quien asume la responsabilidad de informarle al donante los aspectos científicos, incluido el procedimiento quirúrgico, los riesgos que tomará ante la intervención quirúrgica y las posibles complicaciones: dolores, restricciones de sus actividades durante el período de convalecencia e incapacidades (47).

El comité de bioética y el equipo de trasplante deben verificar si el DV y sano, con relación genética o sentimental, tienen una motivación auténtica o está de por medio un interés familiar o personal, y comprobar en el donante no relacionado un tiempo de convivencia afectiva o sentimental que demuestre su motivación personal que lo lleva a donar. Entre otros criterios que debe verificar el comité de bioética y el grupo de trasplantes en el DV, relacionado o no, están que el donante no esté limitado por la edad, que no sea donante de segunda intención, es decir, que antes se haya presentado como donante para otro receptor, y confirmar que el receptor se encuentra en la lista de espera de donante cadavérico, que el receptor no es una persona con discapacidad (mental o física), lo cual invalidaría la donación. También, evaluar si es un donante extraño de riñón, es decir, que no tiene ningún vínculo genético, sentimental o afectivo con el receptor (es el buen samaritano). El comité estudia la documentación con base en valores y principios éticos, analiza la entrevista del donante, acompaña la información que le ha sido entregada y emite un informe (48).

### *El derecho a la información*

La información suministrada al DV de riñón debe ser adecuada, accesible y razonable, después de cumplida la evaluación médico-psiquiátrica-sociológica (49). Aunque cada comité diseña su propia estrategia, la entrevista con el donante es de suma importancia, bien sea realizada en una

sesión ordinaria o mediante una subcomisión creada para tal efecto. En la reunión con el donante se establecerá una conversación distendida sobre aspectos de la donación mediante preguntas abiertas relacionadas con la información que tiene y se le ha suministrado, con el proceso de consentimiento, la motivación para donar, el proceso de toma de decisión y aspectos sociales, laborales, económicos, científicos y éticos relacionados con la donación; en ella también le informan de la posibilidad de revocar el consentimiento sin ninguna consecuencia para él (50).

Aunque la cirugía no implique riesgos mayores para ambos tipos de donantes, es más recomendable favorecer la donación con DV relacionado, por su compatibilidad HLA (51). Así mismo, el comité informa sobre los riesgos mínimos y máximos, las complicaciones que pueden surgir durante y después del procedimiento, en lo posible con indicadores de porcentajes de probabilidades de que ocurran. Las complicaciones suceden con una incidencia superior al 10 %. Las más frecuentes que se pueden presentar en el DV son el neumotórax (8-10 %), la lesión del peritoneo o de una asa intestinal (0,14-6,4 %), el sangrado con o sin requerimientos transfusionales (0,5-1,5 %), las infecciones urinaria, pulmonar o de la herida (2-17 %), las embolias pulmonares (0,1-0,5 %), la reintervención quirúrgica por sangrado, drenaje de colecciones y hernias (0,5-1 %), y otras con frecuencia menor (52). A largo plazo, las causas de mortalidad en los donantes renales son similares a las observadas en la población general; son más frecuentes las complicaciones cardiovasculares, las neoplasias y los accidentes de tráfico (53).

Esta información de carácter científico debe ser entregada por el equipo de trasplante y no por el comité de bioética (54), que en cambio deberá asegurarse de que la información y el conocimiento previos ofrecidos al donante mediante el grupo de trasplante en la entrevista esté dentro de los estándares médicos habituales. Incluye las repercusiones en su estilo de vida laboral y económica, y los seguros de vida y enfermedad, asegurando el seguimiento clínico periódico. Se han documentado casos de donantes que han desarrollado

insuficiencia renal crónica y han precisado tratamiento sustitutivo. Por eso es aconsejable efectuar un seguimiento clínico periódico de los donantes, para prevenir o tratar los factores de riesgo y/o complicaciones clínicas intercurrentes que pudieran comprometer su salud o la función renal a mediano y largo plazo (55).

La información debe ser muy amplia, segura, completa, solidaria, sin coacción; el consentimiento firmado, libre, voluntario y expreso (56). Este no debe ser tomado como una obligación moral para la autoestima del donante ni como un reconocimiento social o realizado por presión del receptor o de los profesionales (57). El principio rector número tres de la OMS establece, con relación al DV, que “Deberán ser informados de los riesgos, beneficios y consecuencias probables de la donación de una manera completa y comprensible [...] La donación de personas vivas es aceptable si se obtiene el consentimiento informado y voluntario del donante”.

Solo podrá extraerse un órgano o un tejido de un DV después de que él haya dado su consentimiento de forma libre, consciente, informada y por escrito ante una instancia oficial, que puede retirar libremente en cualquier momento (58). Recibir una información con claridad ética y científica es requisito para tomar la decisión de donar, con la que se valora hasta dónde llega el compromiso altruista y generoso. Los valores de seguridad, información, competencia, motivación solidaria, ausencia de coacción y lucro, y el consentimiento libre, voluntario y expreso deben ser siempre criterios claros en el donante (59) y garantizar cualquier programa de donación de órganos y tejidos de vivo (60).

## Discusión

Con base en la teoría con fundamento ético planteada, se procede a contestar la pregunta pico establecida para la discusión: ¿se debe dejar que una persona viva y sana sea sometida a una cirugía que la dejará mononéfrico de por vida, solo por el deseo de ayudar a otro, existiendo programas activos de donante cadavérico?

## Respuesta

La legitimidad ética de la donación renal del DV, relacionado y no genéticamente, está amparada en el principio de autodeterminación y voluntad de una decisión personal sin presiones. Este donante con relación genética o sentimental se basa en el altruismo y la generosidad, que manifiesta mediante la autonomía, la libertad y la gratuidad (61), lo que ha permitido que esta forma de donación sea realizada en el plano médico, aceptada en su forma jurídica, procedente en lo científico y vista como parte de la solución al déficit de órganos (riñón) para trasplante. La concepción actual de ser dueño del propio cuerpo, como propiedad privada o individual, permite tomar este tipo de decisiones; el individualismo subjetivista de la persona otorga la capacidad de autodecisión y de elección. Los trasplantes con DV han propiciado que la indivisibilidad del cuerpo, valor intrínseco de la persona humana, se pierda, hoy sea divisible, y que parte de él habite en otro cuerpo, como el caso de un riñón donado. En el cuerpo del donante con muerte encefálica esta divisibilidad es multiorgánica; múltiples cuerpos se benefician por la acción altruista hecha en vida, que es legal, social y moralmente aceptada. Por eso la presunción de la donación de órganos debe hacerse en vida como un derecho a decidir o no si los órganos de su cuerpo será donados en caso de caer en muerte encefálica. Porque en el caso de no haber decidido en vida el derecho sobre su cuerpo ante una muerte encefálica, este se convierte en propiedad común o pública y el Estado podrá decidir sobre él.

La filosofía liberal consigna al acto de donación como una obligación o deber imperfecto, es decir, que está vinculada a la beneficencia; también considera que no se puede obligar a una persona a entregar un órgano vivo sino después de muerto (62). Desde el punto de vista de esta técnica moral (obligación o deber imperfecto), definida como la capacidad de conseguir que suceda lo que es conveniente o necesario que suceda en la donación de órganos de personas vivas para trasplante, genera más controversias que la donación de órganos de personas muertas (63). La ética personalista respeta el principio de defensa de la vida física, la vida

integral de la persona, su totalidad corporal, su libertad y responsabilidad individual, así como la sociabilidad y subsidiaridad como actor social.

La voluntad (del latín *voluntas*) es la aptitud de decidir y ordenar la propia conducta. La decisión de donar un riñón, asociada con la autodeterminación y la generosidad, permiten que una persona viva y sana se someta a una cirugía innecesaria, aun conociendo los riesgos y complicaciones, y sin recibir ningún beneficio. Siempre se debe cuestionar y profundizar al máximo en la decisión que va a generar una mutilación o amputación de un órgano que, por ejemplo, lo dejará mononéfrico de por vida, solo por el deseo de salvar la vida del otro, que en términos prácticos es solo mejorar su calidad de vida, no tanto salvarla.

Es necesario tener claro que no toda decisión basada en la autodeterminación y la voluntad del donante será la última palabra para donar (*prima facie*). El componente emocional del donante no debe superar el racional y la conciencia del mismo, de lo contrario se someterá a una persona viva y sana a un riesgo o un daño físico y moral de por vida. Lo más preocupante que se plantea en los programas de trasplante de DV no es tanto la libertad del donante para decidir, ni la voluntariedad ni el altruismo, incluso ni la adecuada información para la toma de la decisión, sino la posibilidad de provocar un daño físico y moral a una persona viva y sana. Porque no parece moralmente adecuado salvar vidas y evitar el sufrimiento a costa de poner la vida de otro en riesgo de sufrir en lo físico y/o lo moral; ni tampoco aceptar una ideología social o científica que afirme que nada es más importante que dar parte de su vida a otro para eliminar el sufrimiento del otro. Porque ni siquiera el sacrificio por el otro confiere valor moral al acto altruista de donar, por muy loable que este objetivo sea, debido a que está relacionado con el principio de la defensa de la vida física, la no instrumentación y la no utilización.

El donante puede actuar desinteresado, noble y con buena voluntad, pero de forma equivocada y mal informado. Animar a las personas a donar órganos en vida a familiares, conocidos o desconocidos puede ser una forma de sensibilidad social en ocasiones justificable, pero no impulsarlas

a correr riesgos ni a experimentar complicaciones. Es distinto permitir que alguien corra un riesgo, que animarle a correrlo en beneficio de otro (64). Porque podemos caer en la instrumentalización y la manipulación de la persona donante, que se convierte en un medio para lograr el fin de otro, o considerar esto solo como un riesgo utilitario, mitigado o restringido, no degradante, que determine que la opción más ética es la que produce el mayor beneficio para él y el otro: donar.

Potencializar los programas de donación en casos de muerte encefálica, donante con asistolia o en inminente fallecimiento son una responsabilidad ética y moral del Estado, la sociedad, las instituciones de salud y los grupos de trasplante, con el fin de minimizar la lista de espera y evitar cada día más la presencia de donantes vivos, relacionados o no, de riñón. La primera alternativa para obtener órganos para trasplante de riñón debe ser el donante cadavérico, no el DV. La donación de órganos para trasplantes de este donante plantea dilemas éticos cuya respuesta demanda una visión antropológica respetuosa del ser humano y entender la corporalidad de la persona, la divisibilidad del cuerpo, su dignidad, los principios éticos clásicos y los que defienden la vida física, y la no-instrumentalización del ser humano, que forman parte de la argumentación ética de la donación de riñón de DV y sano.

## Conclusiones

En el acompañamiento de la entrevista, la entrega de información al donante y el consentimiento de su decisión del DV de riñón, se sugiere al comité de bioética ofrecer una argumentación ética sobre esta donación. Al grupo de trasplante, disponer de una argumentación basada en la evidencia científica y la *lex artis*.

El beneficio de este tipo de donante, que es ninguno, superara los deseos de dar bienestar, esperanza y calidad de vida al receptor. La autodeterminación, la voluntad y la generosidad saltan por encima de los riesgos.

Aunque es una alternativa aceptada médica, jurídica y moralmente para el trasplante renal, ¿debe ser discutida? La bioética no juzga una acción

moral, solo orienta, aconseja y llama a la concientización y la reflexión sobre temas relevantes relacionados con la salud y la vida, como la donación de órganos de personas vivas y sanas.

## Declaración del autor

Declaro que este trabajo es una investigación original. No tengo ningún conflicto de interés en ella y para realizarla no recibí ningún tipo de financiación.

## Referencias

- (1) Sabine W. Self-determination in Living Organ Donation: An Empirically Informed Contribution to Ethical Issues in Decision Making. Dilemata. [Internet]. 2017;23:1-18. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5836138>
- (2) Cantú-Quintanilla G, Madrigal-Bustamante JA, Palencia-Sierra J, et al. ¿Cómo respetar la voluntad de donar? Exigir el respeto de sí mismo. [Internet]. Rev Mex Traspl. 2017;6(3):96-103. Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76379>
- (3) Calvo-Calvo MÁ, Morgado Almenara I, Gentil Govantes MÁ, Moreno Rodríguez A, Puertas Cruz T, García Álvarez T, Calvo-Calvo MÁ, Morgado Almenara I, Gentil Govantes MÁ, Moreno Rodríguez A, Puertas Cruz T, García Álvarez T, Carmona Vilchez MD. Socio-sanitary profile and information for living kidney donors and recipients in three Andalusian hospitals. [Internet]. Nefrología. 2018;38(3):304-314. PMID: 29129387. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.08.005>.
- (4) E.J. Gordon, C.H. Patel, M.W. Sohn, B. Hippen, L. A. Sherman. Does Financial Compensation for Living Kidney Donation Change Willingness to Donate? American Journal of Transplantation 2015;15:265-273. <https://doi.org/10.1111/ajt.13004>.
- (5) Pérez I. Aspectos éticos en la donación de órganos, más allá de sólo generosidad. Gastroenterol. Latinoam. 2016;27(1):S76-S78. <https://doi.org/10.0716/gastrolat2016s100017.pdf>
- (6) Caplan A. Organ Transplantation. En: From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hastings Center of Bioethics Briefing book for journalists, Policy-makers and Campaigns, Ed. Mary Crowley, (Garrison, NY: The Hastings Center, 2008):129-32. [Visitado el 2 de diciembre de 2020]. Disponible: <https://www>

- worldcat.org/title/from-birth-to-death-and-bencho-clinic-the-hastings-center-bioethics-briefing-book-for-journalists-policymakers-and-campaigns/oclc/449187542
- (7) Organización Mundial de la Salud (OMS). Proyecto de principios rectores sobre trasplante de órganos humanos. A44/11 15 de marzo de 1991 [Visitado el 8 de diciembre de 2021]. Disponible: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202383/WHA44\\_11\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202383/WHA44_11_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20)
  - (8) OMS. 62 Asamblea Mundial de la Salud. Trasplante de órganos y tejidos humanos. Informe de la Secretaría. A62/15. 26 de marzo de 2009 [visitado en 2021, nov. 21]. Disponible: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_15-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_15-sp.pdf)
  - (9) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células, 2019-2030. CD57/11. 19 de agosto del 2019 [Visitado el 2 de diciembre de 2021]. Disponible: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51619/CD57-11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
  - (10) Meier-Kriesche HU, Kaplan B. Waiting time on dialysis as the strongest modifiable risk factor for renal transplant outcomes: a paired donor kidney analysis. *Transplantation*. 2002 Nov 27;74(10):1377-81. PMID: 12451234. <https://doi.org/10.1097/00007890-200211270-00005>.
  - (11) García A, Rodelo J. Trasplante renal con donante vivo en Colombia. *Rev Colomb Nefrol*. 2015;2(1):41-46. <https://doi.org/10.22265/acnef.2.1.194>
  - (12) Bahena CL. Trasplante cruzado y ABO incompatible. Cambio en el panorama tradicional de trasplante renal en México. *Rev Sanid Milit Mex*. 2018;72(2): 134-140. Disponible: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rsm/v72n2/0301-696X-rsm-72-02-133.pdf>
  - (13) Radilla-Ramos D, Rojas-Hernández G, Barajas-González S, Espinosa-Mercado L, Sandoval-Quintana JS. Protocolo ajustado a segundo nivel de atención para trasplante renal de donante vivo, experiencia en supervivencia en un centro del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev. Mex. Traspl*. 2020;9(2):56-63. <https://doi.org/0.35366/95708>.
  - (14) Mayo Clinic. Trasplante de donante vivo no dirigido. [Visitado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/nondirected-living-donor/pyc-20384850>
  - (15) Grado cero. Bioética y derecho ¿qué moral, qué ética, qué principios, qué derecho? 27 enero, 2016 [visitado en 2021, dic. 22]. Disponible: <https://gradoceroprensa.wordpress.com/2016/01/27/bioetica-y-derecho-que-moral-que-etica-que-principios-que-derecho/>
  - (16) Costa, B. La propuesta ética de W. D. Ross. *Revista de humanidades de Valparaíso*. 2020. (15):41-64. (p. 44). <https://dx.doi.org/10.22370/rhv2020iss15pp41-64>
  - (17) Liyanage L, Muzaale A, Henderson M. The true risk of living kidney donation. *Curr. Opin. Organ. Transplant*. 2019;24(4):424-428. PMID: 31145155. <https://doi.org/10.1097/MOT.0000000000000654>.
  - (18) Lentine KL, Lam NN, Segev DL. Riesgos de la donación de riñón en vida: estado actual del conocimiento sobre los resultados importantes para los donantes. *Clin.J.Am.Soc.Nephrol*. 2019;14(4):597-608. <https://doi.org/10.2215/CJN.11220918>.
  - (19) Pérez-Villares JM. Bioética en donación y trasplante de órganos. *Rev. Bio. y Der*. 2020;48:95-109. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.48.30642>
  - (20) Hoyos-Valdés, D. Ética de la virtud: alcances y límites. *Discusiones Filosóficas*. 2007 8 (11):109-127. [Visitado el 31 de enero de 2022]. Disponible: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-61272007000200008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-61272007000200008&lng=en&tlng=es).
  - (21) Hardy-Pérez AE, Rovelo-Lima JE. Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Rev. Med. Investig*. 2015;3;79-84. <https://doi.org/10.1016/j.mei.2015.02.007>
  - (22) López-Moratalla N. Principios éticos básicos. *Educ Med*. 2015;16(Supl 1):24-28. Disponible: [file:///D:/Downloads/X1575181315352393%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/X1575181315352393%20(1).pdf)
  - (23) Instituto de Bioética de la Universidad Católica de Cuyo (Argentina). Bioética personalista y bioética principialista. *Perspectivas. Cuadernos de Bioética, XXIV 2013/1ª* [Visitado el 3 de enero de 2022]. Disponible: <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/67.pdf>
  - (24) Universidad del Rosario. Principios de la Bioética Personalista. [Visitado el 4 de enero de 2022]. Disponible: <https://eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/57-principios-de-la-bioetica-personalista>.
  - (25) De Lora P., Gascón M. Recensiones. *Bioética, principios, desafíos y debates*. Madrid: Editorial Alianza Editorial SA. 2008. *Persona y Derecho*. 2009; 61:332-335. [Visitado el 5 de enero de 2022]. Disponible: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/17727/1/51917945.pdf>
  - (26) González-Vallejos M. El hombre como fin en sí mismo en el pensamiento de Robert Spaemann. *Revista de humanidades*. 2005;11:59-70. [Visitado el 23 de diciembre de 2021]. Disponible: [http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2179/Gonzalez\\_](http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2179/Gonzalez_)

- EL%20HOMBRE%20COMO%20FIN%20EN%20S%20C3%8D%20MISMO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (27) Zapata-Cano, R. La dimensión social y cultural del cuerpo. En: *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*. 2006;20(37):251-264. <https://doi.org/10.17533/udea.boan.6898>
- (28) Gómez, JA. La visión sobre el cuerpo desde de las tradiciones del lejano Oriente. *Revista Pistis Praxis*. 2014; 6(426):651-669. <https://doi.org/10.7213/revista-pistispraxis.06>
- (29) Varsi E. Los actos de libre disposición del cuerpo humano. *Acta Bioethica* 2019; 25(1):9-23. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2019000100009>
- (30) Douglas, S. The argument for property rights in body parts: scarcity of resources. *Journal of Medical Ethics*. 2014a; 40(1):23-26. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2012-100788>
- (31) García-Manrique, R. La propiedad sobre las partes separadas del cuerpo: un test para el enfoque propietario. *Rev. Bio. y Der.* 2017; 40:49-61. Disponible: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1886-58872017000200005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1886-58872017000200005)
- (32) Li EC, Yang Y, Zhu WP. View on donated life: Construction of philosophical ethics on human organ donation. *Bioethics*. 2020;34:318-321. <https://doi.org/10.1111/bioe.12732>
- (33) Varsi E. Los actos de libre disposición del cuerpo humano. *Acta Bioethica* 2019;25(1):9-23. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2019000100009>
- (34) Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) . [Visitado el 1 de febrero de 2022]. Disponible: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- (35) Pele A. La dignidad humana: modelo contemporáneo y modelos tradicionales. *Revista Brasileira de Direito*. 2015;11(2):7-17. <https://doi.org/10.18256/2238-0604/revistadedireito.v11n2p7-17>
- (36) Delgado-Parra C. Perplejidades de la dignidad humana en el marco de los derechos humanos. *praxis Filosófica*.2020; 50:161-186. <https://doi.org/10.25100/pfilosofica.v0i50.8716>
- (37) Hoffmann MG, Furlan R. La cuestión de la identidad en la posmodernidad: autenticidad e individualismo en Charles Taylor. *Psicol. USP [Internet]*. 2020; 31:e190048. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190048>
- (38) Kestenbaum BR, Seliger SL. Comentario sobre los riesgos de la donación de riñón en vida: estado actual del conocimiento sobre los resultados básicos importantes para los donantes. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol*. 2019; 14(4):609-610. Epub 2019 11 de marzo. PMID: 30858157. <https://doi.org/10.2215/CJN.01650219>
- (39) Lee Y, Park H, Jee HJ, Lee HJ, Gwon JG, Min H, Jung CW, Kim MG, Cho CH. Características psicológicas y asociaciones entre receptores de trasplante renal vivo y donantes biológicamente emparentados o no emparentados. *BMC Nephrol*. 2020; 21, 355. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02017-y>
- (40) Sarier M, Callioglu M, Yuksel Y, Duman E, Emek M, Usta SS. Evaluation of the Renal Arteries of 2,144 Living Kidney Donors Using Computed Tomography Angiography and Comparison with Intraoperative Findings. *Urol. Int*. 2020; 104(7-8):637-640. Epub 2020. May 14. PMID: 32408307. <https://doi.org/10.1159/000507796>
- (41) Cantú-Quintanilla G, Madrigal-Bustamante J A, Palencia-Sierra J, Barragán-Sánchez A. ¿Cómo respetar la voluntad de donar? Exigir el respeto de sí mismo. *Rev. Mex. de trasplante*. 2017;6(3); 96-103. Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76379>
- (42) Cortés A. El hombre en el mundo y lo gestell heideggeriano en las redes de las nuevas tecnologías. *Rev. Escritos*. 2007;15(34):101. Disponible: [file:///D:/Downloads/6861-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12903-1-10-20201214%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/6861-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12903-1-10-20201214%20(1).pdf)
- (43) Unesco. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) (ONU). 2005. [Visitado el 1 de febrero de 2022]. Disponible: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- (44) Orzechowski M, Schochow M, Steger F. Clinical Ethics Consultation in the Transition Countries of Central and Eastern Europe. *Sci. Eng. Ethics*. 2020 Apr; 26(2):833-850. Epub 2019, Oct 5. PMID: 31587148. <https://doi.org/10.1007/s11948-019-00141-z>
- (45) Basiri A, Taheri M, Khoshdel A, Golshán S, Mohseni-rad H, Borumandnia N, Simforoosh N, Nafar M, Aliasgari M, Nourbala H. M, Pourmand G, Farhangi S, Khalili N. Trasplante de riñón de donante vivo o fallecido: el papel de los factores psico-socioeconómicos y los resultados asociados a cada tipo de trasplante. *Int. J. Equity Health*.2020;19,79. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01200-9>
- (46) Hajibabae F, Joolae S, Cheraghi MA, Salari P, Rodney P. Hospital/clinical ethics committees' notion: an overview. *J Med Ethics Hist Med*. 2016;9:17. PMID: 28523118; PMCID: PMC5432947. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432947/>
- (47) Lentine, Krista L, Lam, Ngan N, Segev, Dorry L. Risks of Living Kidney Donation Current State of Knowledge on Outcomes Important to Donors. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2019;14:597-608. <https://doi.org/10.2215/CJN.11220918>

- (48) Sorokin P, Actis M. A, Outomuro D. Comités de ética asistencial: de los grandes dilemas a los nuevos desafíos. *Rev. Bioét.* 2016; 24(1):91-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241110>
- (49) Torres-Gutiérrez M. La evaluación psicosocial de un donante vivo de riñón. *Rev. Col. Psiquiat.* 2018; 47(4):252-257. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.001>
- (50) Ralph A.F, Butow P, Craig J.C, Wong G, Chadban S.J, Luxton G, Gutman T, Hanson C.S, Ju A, Tong A. Living kidney donor and recipient perspectives on their relationship: longitudinal semi-structured interviews. *BMJ Open* 2019; 9:e026629. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026629>
- (51) Bellini M.I, Cantisani V, lauro A, D'Andrea V. Living Kidney Donation: Practical Considerations on Setting Up a Program. *Transplantology.* 2021;2,75-86. <https://doi.org/10.3390/transplantology2010008>
- (52) Ozturk SA, Yuksel Y, Erbis H, Aliosmanoglu I, Sarier M, Yayar O, Yavuz HA, Demirbas A. Nefrectomía laparoscópica de donante vivo: experiencia de un centro de gran volumen con 2.477 casos. *Urol Int.* 2021; 105:100-107. <https://doi.org/10.1159/000511377>
- (53) López V, Hernández-Marrero D, González-Molina AM. Nefrología al día. Resultados globales del trasplante renal. [Visitada el 2 de enero de 2022]. Disponible: <https://www.nefrologiaaldia.org/58>
- (54) Suguitan G, Arakama MI, Danguilan R. A Study on the Directed Living Non-Related Donor Kidney Transplantation Submitted to the Hospital Transplant Ethics Committee at the National Kidney and Transplant Institute *Transplant Proc.* 2017;49(2): 267-269. <https://doi.org/10.1016/j.transproceedimien-2016.12.001>
- (55) Oppenheimer-Salinas F. Seguimiento del donante vivo a corto, medio y largo plazo. *Nefrología.* 2010; 30(Suppl 2):100-5. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2010.Nov.10699>
- (56) Orzechowski M, Schochow M, Steger F. Clinical Ethics Consultation in the Transition Countries of Central and Eastern Europe. *Sci Eng Ethics.* 2020; 26(2):833-850. <https://doi.org/10.1007/s11948-019-00141-z>
- (57) Henderson, M. y Gross, J. (2017). Donación de órganos en vida y consentimiento informado en los Estados Unidos: estrategias para mejorar el proceso. *Revista de derecho, medicina y ética*, 45(1) 66-76. [Visitado el 13 de enero de 2022]. <https://doi.org/10.1177/1073110517703101>
- (58) Consejo de Europa. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin. Strasbourg, 24. 2002. European Treaty Series No. 186. Disponible: <https://rm.coe.int/1680081562>
- (59) Henderson ML, Gross JA. Living Organ Donation and Informed Consent in the United States: Strategies to Improve the Process. *J. Law Med. Ethics.* 2017 Mar; 45(1):66-76. PMID: 28661285. <https://doi.org/10.1177/1073110517703101>.
- (60) Cugh K.S, Jha V. Problems and outcomes of living unrelated donor transplants in the developing countries. *Kidney International.* 2020; 57(74):S-131-S-135. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2000.07421.x>
- (61) Álvarez-Salamanca FL. La gratuidad en la donación. *Revista Chilena de Derecho.* 2014;41(2):589-607. <http://doi.org/10.4067/S0718-34372014000200008>
- (62) Domingo-Moratalla A, Domingo Moratalla T. Filosofías de usos y abusos de la donación en la ética contemporánea. *Veritas.* 2013;28:41-62. <http://doi.org/10.4067/S0718-92732013000100002>
- (63) lee Y, Park H, Jee H. J, Lee H. J, Gwon J. G, Min H, Jung W. Ch, C.H, Kim M.G, Cho Ch. H. Psychological characteristics and associations between living kidney transplantation recipients and biologically related or unrelated donors. *BMC Nephrology.* 2020; 21:355. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02017-y>
- (64) Martínez K. Algunos aspectos éticos de la donación y el trasplante. *Anales Sis. San Navarra [Internet].* 2006 Ago. [Visitado el 15 de enero de 2022]; 29(Suppl 2):15-24. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272006000400003>

