



Universidad
de La Laguna
Facultad de Derecho



Grado en: Derecho
Facultad de Derecho
Universidad de La Laguna
Curso 2016/2017
Convocatoria: Septiembre 2017

Bioética y Bioderecho: Trasplantes de órganos y conflictos religiosos.
Objeción de conciencia y autonomía del paciente.
-Biolaw and Bioethics: Transplants and religious conflicts. Conscientious objection and Patient autonomy

Realizado por el alumno/a D Janira Noelia Rodríguez Rodríguez

Tutorizado por el Profesor/a D María Inés Teresa Cobo Saenz

Departamento: Derecho Constitucional, Ciencia Política y Filosofía del Derecho

Área de conocimiento: Derecho Eclesiástico del Estado.

RESUMEN

El nacimiento de la bioética lo podemos remontar a las primeras reflexiones que surgieron en los Estados Unidos en los años sesenta sobre las relaciones entre la ciencia y la sociedad. Siendo determinante que la sociedad norteamericana conociera de los escándalos relacionados con la experimentación en seres humanos.

Como ejemplo de ello, cabe destacar cuando en el año 1963 se hace público que en el Jewish Chronic Disease Hospital se habían inyectado células tumorales a pacientes ancianos sin el consentimiento de éstos. Así, salió a la luz que entre los años 1965 y 1971, en el Willowbrook State Hospital se habían llevado estudios sobre la vacuna contra la hepatitis infecciosa en niños discapacitados.

Palabras clave: *Bioética, Bioderecho, Derechos Fundamentales, Trasplante, Autonomía del paciente, Objeción de conciencia.*

ABSTRACT (entre 150 y 350 palabras)

The birth of bioethics we can be traced to the early reflections that emerged in the United States in the sixties about relations between science and society. Being determining that American society knew of scandals involving experimentation on humans.

As an example, it notes when in 1963 it is made public that in the Jewish Chronic Disease Hospital had been injected with tumor cells elderly patients without their consent. In addition, it was revealed that between 1965 and 1971 at the Willowbrook State Hospital had carried studies on infectious hepatitis vaccine in children with disabilities.

Keywords: *Bioethics, Biolaw, Fundamental Rights, trasplant, patient autonomy, conscientious objection*

Contenido

1.	Concepto, historia y Fundamento de la Bioética	2
1.	Regulación Jurídica en materia de Bioderecho y Biotecnología	6
	A. Protección Universal (ONU/UNESCO): Declaración Universal sobre el Genoma Humano, 1997. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005.	6
	B. Regulación Jurídica nivel interno (España): Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 14/2007, de investigación biomédica.....	10
4.	Bioderecho del tránsito de la vida.	13
	1. Trasplantes de órganos. Concepto y modalidades. Conflictos éticos que se plantean...13	
	a. Concepto y modalidades	13
	b. Conflictos éticos que se plantean	15
	2. Conflictos religiosos.....	19
4.	Bioderecho del final de la vida.....	26
	a. Autonomía del paciente y objeción de conciencia.....	26
	1. Autonomía del paciente.....	26
	b. Objeción de conciencia.....	32
5.	Glosario.....	¡Error! Marcador no definido.

1. Concepto, historia y Fundamento de la Bioética

Hay que señalar que el nacimiento de la bioética no es un hecho casual y puntual. Los autores que han estudiado la historia de la bioética suelen señalar algunos hechos para explicar su nacimiento.

Antes de la Segunda Guerra Mundial y durante la década de los sesenta, la toma de decisiones médicas correspondía de manera, casi exclusiva, a los profesionales de la medicina, quienes tomaban las decisiones y las cuestiones más difíciles como, por ejemplo, el tratamiento vital al paciente, sin discutirlo con éste, sus familiares o colegas de profesión. Era la época del dominio médico, donde él mismo conocía al paciente y decidía sobre la información que debía suministrarle sobre su enfermedad.

Nos remontamos al año 1960, donde se comenzaron a introducir unidades de diálisis en la mayoría de los hospitales americanos, siendo pionero el hospital central de Seattle, Washington. En este momento, se crea un comité de expertos médicos con la única finalidad de seleccionar a los posibles candidatos potenciales para ofrecerles la hemodiálisis, el cual vino acompañado de la incertidumbre, pues era escaso tratamiento y equipamiento; tal y como narraría más tarde la periodista Shana ALEXANDER en su artículo <<*They decide who lives, who dies*>> publicado en la revista Life. Por este motivo, no podía ofrecérselo a todos, por lo que se decidió crear un nuevo comité de no expertos para que llevaran a cabo la selección de los pacientes candidatos a ser beneficiarios de la hemodiálisis. Lo cual, tras la publicación del artículo por la periodista ALEXANDER, provocó una convulsión social produciéndose un gran debate moral en la sociedad.

Otro de los acontecimientos que fueron configurando el espíritu de la bioética sucedió cuando Henry K. Beecher, profesor de Anestesiología en la Escuela de Medicina de Harvard, publicó un artículo en el que describía veintidós experimentos a los que se calificó de “no-éticos”. Uno de ellos consistía en la privación de penicilina a un grupo de sífilíticos negros durante un periodo de tiempo prolongado para estudiar los efectos de otros medicamentos. Veinticinco pacientes presentaron fiebres reumáticas; más de treinta años más tarde, los tribunales fallaron decretando el pago de una gran indemnización a los perjudicados.

A finales de los años sesenta, Daniel Callahan, formado en teología y doctor en Filosofía por Harvard y Willard Gaylin, psiquiatra, fundaron el Hastings Institute of Society, Ethics and Life Sciences Center; donde se compatibilizaba el trabajo individual independiente con el trabajo en equipo, elaborando estudios sobre diversos temas bioéticos cuya finalidad última era ofrecer orientación sobre aquellas cuestiones fundamentales de la salud, medicina y medio ambiente.

Sin embargo, este neologismo <<bioética>> fue acuñado e introducido por primera vez por el cancerólogo Van Rensselaer Potter, quien en su libro formula como objetivo de la bioética ayudar al ser humano a alcanzar una participación racional y precavida en los procesos de la evolución biológica.

Es en 1970 cuando Paul Ramsey publica dos libros que se consideran obras pioneras en el origen de la bioética en los Estados Unidos, siendo titulados: *The patient as person: exploration in medical ethics* y *Fabricated Man*. En ellos, se ponía de relieve las profundas implicaciones éticas que derivaban de las intervenciones técnicas sobre la vida humana, dirigiendo sus preocupaciones a la denominada ética médica.

En el año 1971 el profesor André Hellegers (Georgetown University) en su búsqueda de crear un nuevo campo de estudio, dedicado a los aspectos éticos de a práctica clínica, funda el Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics. Siendo el primer instituto de bioética designado formalmente como tal. Sin embargo, como ya se señaló anteriormente, el termino fue acuñado por el profesor Van Rensselaer Potter, siendo sus trabajos *Bioethics: The science of survival* y *Bioethics: Bridge to the future* referencias imprescindibles e ineludibles en esta disciplina, no coincidiendo con la visión de Hellegers.

Sin embargo, las visiones sobre la bioética que tienen la mayoría de estos autores no coinciden, pues mientras algunos se centraban en las implicaciones humanas de las intervenciones médicas el otro sector se centró en el problema de la supervivencia de los ecosistemas -como fue el caso del Dr. Potter-, entendiendo que la reflexión ética ha de nacer del interior de la práctica médica y científica, como consecuencia de haber comprendido la transcendencia de dichas actividades sobre el desarrollo de la vida en general.

La bioética surge entonces en un contexto social lleno de inquietudes y de respuesta crítica respecto a un determinado modo de entender el desarrollo científico y sus consecuencias, no sólo para el ser humano sino también para su entorno. Por estas discusiones, Potter propone una nueva disciplina orientada a regular el uso de las nuevas tecnologías para así favorecer la supervivencia de los ecosistemas, y con ello, también la especie humana. Esto se debe a que presupone que al ser el ser humano parte de la naturaleza, es obvio que existe una amenaza para la persona cuando el medioambiente es reducido a un objeto manipulable, por ello intenta crear un puente entre el ámbito científico y el moral-humanístico.

Actualmente, y siguiendo la Enciclopedia del Kennedy Institute ^[1], la bioética podría ser definida como el estudio sistemático de los aspectos éticos implicados en las ciencias de la vida y de la salud, utilizando diversas metodologías, en una integración disciplinar. Por tanto, esta disciplina aborda el estudio de las implicaciones, e interrogantes, que plantean los avances científicos y técnicos, en cuanto que inciden en la vida y la salud de las personas, así como en los problemas relativos a la degradación del medio ambiente.

Una vez trazado el origen y evolución de la bioética, nos podemos referir a la relación de la bioética con el derecho. A partir del momento en que la bioética queda consagrada como un tema de discusión pluridisciplinar, con una repercusión para resolver los problemas de la práctica, la llamada última para resolver esos problemas de carácter prácticos va a dirigirse a aquellos que ostentan la representación ciudadana en una sociedad democrática, es decir, a los representantes políticos, quienes, a través de su potestad legislativa, acaban por establecer la última palabra para resolver los urgentes y trascendentes dilemas bioéticos que pueden surgir en cualquier momento. ^[2]

Así, se pasa a entender el bioderecho como el conjunto de actividades jurídico-normativas que regulan las cuestiones problemáticas relativas al cuerpo y a la salud de los sujetos en relación con la actividad médica asistencial e investigadora, así como otras cuestiones de carácter biológicas relativas al mundo natural, que incluyen también a otros seres vivos.

[1]El Institute Kennedy es uno de los institutos más prestigiosos de bioética del mundo. Ubicado en la Universidad de Georgetown, se dedica a investigar en todos los avances en el campo de la bioética y las prácticas éticas, para dar respuesta a la problemática del siglo XXI. <https://kennedyinstitute.georgetown.edu/>

[2]HERNÁNDEZ SALCEDO, J.R: *La ciencia del bioderecho*. Revista bioderecho.es vol.I, núm. 1, 2014

Las normas jurídicas y las decisiones que adopten los tribunales serán clave a la hora de resolver las cuestiones bioéticas en su vertiente práctica, teniendo como consecuencia que este mundo va a empezar a desenvolverse en clave de derechos.

Desde los derechos de los sujetos sometidos a procedimientos de investigación científica a aquellos de pacientes o usuarios de cualquier real o potencial atención o servicio sanitario, pasando por aquellos de cualquier persona en abstracto como miembro de la especie humana que por tener un cuerpo físico y ADN se convierte en sujeto potencial de las cada vez más extendidas actuaciones sanitarias, y que ha de ser, por lo tanto, protegida por el ordenamiento jurídico.

Es en este momento cuando se empieza a hablar de los derechos que aparecen como derechos del paciente en el ámbito de la experimentación con seres humanos y en la práctica asistencial. Siendo el primer derecho destacable la autonomía del sujeto, manifestándose tanto en el campo de la experimentación y de la actividad terapéutica frente a la actividad sanitaria del médico. Anexo a este derecho, aparece inmediatamente el derecho a recibir toda la información relevante sobre su estado de salud y posibilidades terapéuticas, dando lugar a que se configure la institución del consentimiento informado, siendo elemento esencial de la nueva relación médica.

De esta forma, se puede afirmar que la influencia de los derechos inherentes a la persona es cada vez mayor en el marco de la bioética. El planteamiento tradicional venía a establecer que la personalidad era el conjunto de derechos que el ordenamiento jurídico otorgaba a la persona por el simple hecho de serlo, por lo que los derechos fundamentales se van a configurar como el código genético de cada hombre.

Por estas afirmaciones, ya no se plantea el tema de los derechos como los derechos de una persona ante la actuación sanitaria, sino la reconsideración misma de la idea de la persona ante las posibilidades de los progresos científicos. Por tanto y sin ningún tipo de duda, el bioderecho va a cumplir un papel relevante en la vida de la persona, pues no sólo va a enunciar derechos subjetivos en el seno de las relaciones sanitarias, sino también estableciendo derechos en relación con la persona como miembro de la especie, e incluso en relación con el medio en el que se desenvuelve y que configura su entorno, gozando éste de protección por parte del ordenamiento jurídico.

En la actualidad, de acuerdo a la posición actual de nuestra sociedad, esta definición se extiende también a aspectos íntimos relativos no sólo a la personalidad externa, sino también a su consideración física, somática y su condición-identidad sexual, suponiendo un paso delante de gran trascendencia para el sujeto; siendo estas cuestiones objetos de un tratamiento jurídico mucho más explícito.

Por ello, el Bioderecho es una ciencia que ha de tener, como eje argumental de todas las reflexiones, la sensibilidad hacia el ser humano. Siendo una ciencia que, desde la objetividad de sus planteamientos y resultados, no puede dejar de mirar a quienes son sus destinatarios; y en éstos lo que se refleja es dignidad, realización personal, derecho a vivir (y a morir) en conciencia y a ser respetados socialmente en su autonomía, en cuanto este respeto se formula con reciprocidad.

En definitiva, nos encontramos ante un concepto al que le queda bastante por definir, trabajándose en un nuevo estatus personal que configurará un nuevo modelo de persona bastante alterado al que ya conocemos, puesto que a medida que la sociedad va evolucionando junto a sus conflictos también lo hacen los sujetos y sus derechos. Sin embargo, tal y como señala José Ramón Salcedo Hernández ^[3] desde el bioderecho hay que estar abierto a todas las posibilidades para poder dar nuevas soluciones a los retos que se nos plantean en un mundo cada vez más moderno. Siendo interesante reflexionar sobre la necesidad de buscar nuevas formas de trabajar ante las realidades que nos encontramos en la sociedad, siendo el Bioderecho una posible fórmula para avanzar hacia un mundo más justo.

2. Regulación Jurídica en materia de Bioderecho y Biotecnología

A. Protección Universal (ONU/UNESCO): Declaración Universal sobre el Genoma Humano, 1997. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005.

1. Declaración Universal Sobre el Genoma Humano, 1997.

La información genética vino a abrir grandes caminos que, hasta ese momento, eran insospechables en el campo de la medicina, pero a su vez, y de forma paralela, se cernió sobre el peligro de su utilización en perjuicio de los individuos.

Entre las décadas de 1969 y 1970, diversos descubrimientos acumularon una serie de técnicas que dieron lugar a lo que se denominó: “la nueva genética”. En ella confluyeron

tres sistemas experimentales, cuyo conjunto conforma las llamadas técnicas del ADN recombinante.

La primera de estas prácticas era un variado instrumental químico capaz de extraer y purificar los ácidos nucleicos, separarlos y así poder desarrollarlos. La segunda, se compone de un arsenal de enzimas específicas para poder copiar con precisión el ADN, traducir éste en ARN y unir fragmentos de cualquier origen. La tercera, concebía la posibilidad de transferir ADN de un organismo a otro a través de plásmidos, micro somas, circulares de ADN, etc, que son capaces de transportar ADN extraño al interior de una bacteria hospedadora. Así, estas técnicas consiguieron abrir caminos, hasta entonces imposible de imaginar, a la experimentación sobre el material genético.

A finales de los 80 nace el Proyecto Genoma Humano ^[4] cuya finalidad es obtener la completa del genoma humano, precisar las secuencias de nucleótidos y analizar el genoma en diversos organismos, en un esfuerzo científico que comprometió a la biología molecular, a la bioquímica, etc.

Todas estas prácticas y avances provocaron en el hombre contemporáneo un sentimiento de carácter dual, pues por una parte no se pueden negar los beneficios que trae el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades hereditarias o multifactoriales, enfermedades que han acompañado al ser humano durante décadas y que empezaron a ser detectadas en sus bases generadoras, abriendo caminos para vencerlas. Por otra parte, estos conocimientos vinieron a generar temores como la afectación al derecho a la intimidad, discriminación y, de forma más trascendental, la posibilidad de comprometer el futuro de la especie humana con la utilización de técnicas de ingeniería genética sobre el genoma ^[5].

Estos temas eran lo suficientemente controvertidos, trascendentales y relevantes como para suscitar un amplio debate plural desprovisto de preconcepciones que exprese el sentir del cuerpo social y que pueda contribuir a elaborar criterios de general aceptación, tanto en el plano ético como en el legal. Así, como era de esperar, suscitaron una preocupación en el plano internacional por sus implicaciones éticas, jurídicas y sociales.

[4]El proyecto Genoma Humano ha sido el mayor proyecto de investigación biomédica de la historia. Dio salida a un conjunto revolucionario de enfoques que condujeron a una comprensión profunda de la estructura, función y componentes del genoma.

[5]Diccionario Iberoamericano de Derechos Humanos y Fundamentales. Asociación Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (aacid) , http://diccionario.pradpi.es/index.php/terminos_pub/view/39

Por esta razón, diversos documentos de la Comunidad Europea fueron dando un marco adecuado a esta preocupación cada vez mayor. Como resultado, se aprobaron dos instrumentos legales para dar respuesta: el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina suscrito el 19 de noviembre de 1996, y la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, aprobada en la Conferencia General de la UNESCO el 11 de noviembre de 1997.

La declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, nos traslada al preámbulo de la Constitución de la Unesco, donde se invocan <<*los principios democráticos de la dignidad, la igualdad y el respeto mutuo de los hombres*>> impugnándose así <<*el dogma de la desigualdad de los hombres y las razas*>>, disponiendo que propone alcanzar <<*mediante la cooperación de las naciones del mundo en las esferas de la educación, de la ciencia y de la cultura, los objetivos de paz internacional y de bienestar general de la humanidad, para el logro de los cuales se han establecido las Naciones Unidas*>> [6].

Esta declaración viene a reconocer que, las investigaciones sobre el genoma humano y sus aplicaciones abren inmensas perspectivas de mejoramiento de la salud de los individuos y de toda la humanidad, pero destacando que deben al mismo tiempo, respetar plenamente su dignidad, la libertad y los derechos de la persona humana, así como la prohibición de cualquier tipo de discriminación fundada en características genéticas.

2. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005 significó un punto de corte entre la “bioética clásica”, desprovista de una visión social y política, con la “nueva bioética” que ubica al hombre en un escenario global junto a sus semejantes y a los demás integrantes de la biósfera. A diez años de su vigencia el artículo relata sus antecedentes, así como el valor jurídico, político y social de la Declaración, subrayando sus aportes más significativos y concluyendo con una visión del futuro.

[6] Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, 1997. Recordando.

Se trata de un documento no vinculante para los gobiernos, pero que nace con la finalidad de orientar de forma principal a los estados, y, en general a todos los hombres en los asuntos que se refieren a la vida humana y a la biosfera, en su aspecto ético.

La elaboración de la declaración necesitó dos años de trabajo y discusión en los comités de bioética de la UNESCO, a pesar de ello, muchos temas se quedaron en el camino, porque el consenso entre todos los países exigió armonizar su contenido con las legislaciones nacionales. Como resultado final, se trata de una declaración de 28 artículos en los que no se entra en materias como la protección del embrión o, las definiciones sobre la ética del final de la vida.

Sin embargo, hace mención a otra serie de campos. Empezando por el reconocimiento que se hace de la bioética como saber necesario en nuestros tiempos. Así, se articulan tres niveles de acción. El primero sería la difusión del conocimiento de los problemas y las soluciones que la bioética propone para las relaciones entre salud, medio ambiente y ser humano. El segundo plano se trata de facilitar la constitución de comités a diversos niveles para la orientación y resolución de conflictos éticos en estas áreas. Y, por último, el tercer nivel convoca a los científicos, a los bioéticos, y a toda la sociedad a participar en todos los debates donde se elaboran soluciones a los citados problemas.

A otro de los campos a los que hace referencia es al <<*consentimiento informado*>>, del que hablaremos más adelante, siendo éste la participación autónoma de las personas en las terapias que se le aplican o en los procesos de investigación en los que participan. Así también aborda un campo más novedoso, pero de gran actualidad como es la aplicación de la justicia en el ámbito de salud, pues es necesario reafirmar la justicia en las áreas de salud y biodiversidad.

A pesar de ser un gran paso adelante, la doctrina ^[7] piensa que no es suficiente, pues en esta declaración se deben afrontar los temas más fundamentales de la bioética, puesto que la educación en bioética es todavía muy escasa, incluso entre profesionales de la salud.

[7] RAMIRO GARCÍA, F. José: *La nueva Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*. www.bioeticaweb.es

B. Regulación Jurídica nivel interno (España): Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 14/2007, de investigación biomédica.

1. Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La importancia de los derechos de los pacientes como un pilar básico de las relaciones clínico-asistenciales, se manifiesta al comprobar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. La Ley 41/2002, 14 de noviembre, ha venido a reconocer en nuestro ordenamiento jurídico que la información clínica es parte de ese tratamiento curativo, y que, por tanto, se constituye como parte integrante de la *lex artis* ^[8] como criterio del correcto cumplimiento de la obligación-médico sanitaria.

En cuanto a los principales objetivos de la ley, nos encontramos ante la regulación del derecho a la protección de la salud, que se recoge en el artículo 43 de nuestra Constitución y de forma más profunda en la Ley 14/1986 General de Sanidad. Refuerza el derecho de autonomía del paciente y trata con profundidad todo lo relativo a la documentación clínica y derechos de los usuarios.

Entre ellos destaca el derecho a la dignidad de cada paciente, el respeto a su autonomía y a la intimidad de cada uno de ellos. Asimismo, el paciente tendrá derecho a decidir de manera libre, después de haber sido informado, entre las opciones disponibles y de la misma forma podrá negarse a recibir tratamiento. Los pacientes tendrán el deber de facilitar todos los datos relativos a su estado de salud, así como colaborar en la obtención de los mismos, estando obligado todo profesional que intervenga en la actividad asistencial a la correcta prestación de sus técnicas y al cumplimiento de los deberes de información y documentación. Así, aquella persona que elabore o tenga acceso a la información y a la documentación, está obligado a guardar la correspondiente reserva.

Cuando se habla de información clínica, la ley la define como todo dato, cualquiera que sea su forma, que permita adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico de la persona, o bien que permita preservarla, mejorarla o curarla.

El titular de ésta información es el paciente, así como las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, siendo informado incluso en casos de incapacidad,

[8] **Lex artis:** Conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos en el momento presente

de un modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. Sin embargo, en casos donde se pueda ver afectada la salud física o psíquica del paciente, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares y/o de hecho.

La información es un proceso de relación, siendo un mecanismo verbal de continua interacción e intercambio de información entre el sanitario y el paciente. La información tendrá como objetivo dejar constancia de que, se comprende el fin y la naturaleza de cada intervención, los riesgos y consecuencia de la misma (artículo 4.1). Requiriéndose en la mayoría de casos un consentimiento escrito, debido a la relevancia de la intervención.

La información básica será (artículo 10):

- Las consecuencias relevantes que, con seguridad, va a originar la intervención.
- Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- Los riesgos probables en condiciones normales, conforme al estado de la ciencia o relacionados con el tipo de intervención.
- Las contraindicaciones.

Toda esta información ha de ser veraz y adecuada, por lo que el criterio de información que se debe aplicar en esta relación clínica es “subjetivo”. Ésta información clínica que se ha de comunicar al paciente, ha de ser verdadera, debiéndose comunicar de forma comprensible y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su voluntad.

2. Ley 14/2007, de investigación biomédica.

La Ley de Investigación Biomédica, 3 de julio, constituye una gran herramienta jurídica para poder facilitar la promoción de la investigación científica en algunas esferas de vanguardia del sector biomédico. Así, busca garantizar que tal investigación discurra en el más estricto respecto de los derechos fundamentales y libertades públicas de las personas y de algunos bienes jurídicos que pueden verse implicados en la investigación.

La LIB viene a establecer un marco normativo innovador relacionado con:

- Las investigaciones relacionadas con la salud humana que impliquen procedimientos invasivos para el sujeto de investigación.

- La investigación con gametos, embriones, fetos y células troncales humanas de origen embrionario y otras funcionalmente semejantes obtenida por diversos procedimientos de reprogramación celular, entre ellos el de la activación de ovocitos mediante técnica de transferencia nuclear, considerada como una forma de clonación.
- Análisis genéticos para la investigación de ciertas enfermedades relacionadas con el ADN

Para equilibrar, la LIB, introduce un conjunto variado de garantías. Así, se establece que la investigación biomédica se realizará con pleno respeto de la dignidad e identidad humana y de los derechos inherentes a la persona ^[9], y que se asegurará la protección de ésta con respecto a cualquier investigación biomédica que implique intervenciones sobre humanos, garantizando a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto de su integridad y de sus demás derecho y libertades fundamentales. ^[10]

Por tanto, se trata de una ley que a puesta a favor de que la salud, el interés y el bienestar del ser humano que participe en una investigación de este tipo, prevalezcan por encima del interés de la sociedad o de la ciencia, siguiendo de esta forma la posición del Convenio del Consejo de Europa de Derechos Humanos y Biomedicina de 1997 a la que estaba obligado el legislador español. Asimismo, la creación por esta ley del Comité de Bioética de España contribuye a fomentar la reflexión social sobre aspectos éticos y jurídicos relacionados con la actividad e investigación biomédica [art. 77 y ss.].

4. Bioderecho del tránsito de la vida.

1. Trasplantes de órganos. Concepto y modalidades. Conflictos éticos que se plantean.

a. Concepto y modalidades

El trasplante es aquel proceso médico consistente en sustituir un órgano y/o tejido enfermo por otro que funcione de manera adecuada, en pacientes que sufren enfermedades graves, cuya única o mejor opción para salvar o alargar la vida es la realización del mismo.

Para la realización es necesario la existencia de donantes solidarios, ya que las donaciones se realizan siempre de manera altruista, siendo todo el proceso del trasplante cubierto económicamente por el Sistema Público de Salud. En nuestro país se encuentra regulado por la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos y viene a establecer las siguientes garantías:

- Altruismo de la donación: Se establece que ninguna persona podrá recibir un trasplante con otra intención que no sea la solidaridad; denegándose cualquier tipo de compensación económica. Para mayor seguridad, la identidad del donante no se da a conocer.
- Equidad: La ley señala que todos tenemos el mismo derecho y las mismas posibilidades de recibir un trasplante, independientemente de nuestro lugar de residencia o cualquier circunstancia personal.
- Gratuidad: Como ya se señaló, el órgano donado es trasplantado de forma gratuita sin que pueda influir la condición social o económica del paciente que lo reciba, siendo la terapéutica de la intervención sufragada por el Sistema Público de Salud (En Canarias, Servicio Canario de Salud).
- Igualdad: Los órganos que se donen se trasplantarán lo más rápido posible al receptor que sea más adecuado de la lista de espera siguiendo estrictamente criterios médicos que buscan la mayor supervivencia del órgano y/o tejido en el receptor.

Los tipos de trasplantes ante los que podemos encontrarnos son dos:

1. **Trasplante de vivo:** Es aquel que resulta cuando una persona viva dona un tejido, órgano o parte del mismo para trasplantárselo a otra persona, siempre que dicha donación no tenga repercusión significativa para su salud.

Además, dependiendo de la relación que se establezca entre el donante y receptor, se podrá calificar el trasplante en emparentado o no emparentado, siendo los trasplantes más frecuentes los de tejidos como huesos, piel, membrana etc. Pudiendo donarse en casos especiales órganos como el riñón o parte del hígado que normalmente es una práctica que se dirige a una persona concreta que suele ser de su entorno. En este último caso, el proceso debe ser aprobada por médicos ajenos al equipo de trasplantes, por el comité de ética del hospital y por el Juez del Registro Civil.

2. Trasplante de cadáver: Actualmente, es la modalidad más conocida y frecuente en la práctica. La donación se produce cuando la persona-donante fallece, ya sea tras parada cardio-respiratoria o muerte encefálica.

Podrán ser donantes aquellas personas de cualquier edad que no padezcan de enfermedades transmisibles y que en vida hayan decidido que, después de su muerte, sus órganos y/o tejidos que puedan servir para salvar o mejorar la calidad de vida de alguna persona, sean donados. Sin embargo, no todas las personas podrán ser donantes ya que para ello será necesario que la muerte acontezca en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital, pues en estas unidades es donde es posible hacer las pruebas necesarias para realizar una correcta valoración de cada donante potencial y la preservación de los órganos y/o tejidos. Una vez se han realizado las pruebas correspondientes y se ha examinado los órganos y/o tejidos, será el equipo médico quien dictamine si el fallecido puede ser donante.

Asimismo, este trasplante sólo se podrá llevar a cabo por el responsable de la unidad médica cuando: ^[11]

- El receptor del trasplante sea plenamente consciente del tipo de intervención que se va a efectuar, conociendo siempre los posibles riesgos y las previsibles ventajas físicas o psíquicas que puedan derivarse del trasplante.
- El receptor sea informado de que se han efectuado los estudios inmunológicos de histocompatibilidad necesarios u otros que sean procedentes, entre donante y receptor, que se harán en laboratorio acreditado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Tal información ha de seguir las pautas marcadas

[11] Art. 6 de la *Ley 30/1979, de extracción y de trasplantes de órganos.*

para todos para que ésta resulte accesible y comprensible a personas con discapacidad.

- Que el receptor exprese por escrito u otro medio que sea adecuado a su discapacidad el consentimiento para la realización del trasplante cuando éste sea un adulto jurídicamente responsable o de sus representantes, padres o tutores si estuviese incapacitado o fuese menor de edad.

- De ser el receptor una persona con discapacidad, se habrá de tener en cuenta las circunstancias personales del individuo, su capacidad para tomar decisiones y contemplar la posibilidad de apoyo para tomar la decisión.

Según la citada Ley, en España todos somos donantes de órganos si en vida no hemos expresado lo contrario. No obstante, ese deseo puede haberse formulado de diferentes modos, lo que obliga a que se pregunte a familiares y/o allegados sobre la voluntad del fallecido respecto a la donación. Generalmente, en la práctica, siempre se respeta la decisión de la familia, ya que se asume que éstos no contradecirían los deseos de un ser querido, siendo la firma de la familia necesaria para poder proceder a la donación.

Por estos motivos, es necesario conocer la opinión en vida del fallecido sobre la donación, pues esto facilita de gran forma la decisión familiar, ya que normalmente ha de tomarse de forma rápida y urgente. Por ello, para facilitar este proceso y “liberar” a la familia de dicha carga, la Organización Nacional de Trasplantes ^[12] (ONT) ha puesto en marcha mecanismos que permitan conocer a ciencia cierta esa voluntad, siendo ejemplo de ello la tarjeta de donante que se expide en la totalidad de hospitales españoles.

b. Conflictos éticos que se plantean

Como se ha venido discutiendo a lo largo de la historia, la persona humana siempre es un fin, y, por tanto, no puede ser utilizada como un medio, por lo que tampoco se podrá adoptar una posición utilitarista de beneficio para el mayor número, si eso puede suponer afectar de manera radical a la condición de “fin” que posee toda persona humana.

Uno de los principales problemas éticos es que esos órganos, tejidos y células necesarios para los trasplantes proceden de personas vivas o de cadáveres, o incluso de

fetos y embriones manipulados o animales, dando una posible visión de cómo podrá ser el desarrollo del trasplante en el futuro, siendo problemas múltiples, complejos y, sobre todo, excepcionalmente polémicos.

Esto es así porque van a contener cuestiones sobre qué criterios van a definir el comienzo de la vida, sobre las posibilidades de manipulación genética y sobre creación de individuos cuya finalidad no sea la vida, sino servir de “recipiente” [13] o bien sobre el sufrimiento injustificado de los animales en caso de los xenotrasplantes, pudiendo conllevar un atentado ecológico con consecuencias

Asimismo, otro de los problemas que se plantea es la escasez de órganos, pues la demanda de los mismos para trasplante está creciendo cada vez más rápido que la disponibilidad, siendo ejemplo de ello los trasplantes de riñón, donde el número de fallecidos es insuficiente para atender a todos los pacientes en diálisis que se beneficiarían de la donación. Este desequilibrio está más acentuado en aquellos países donde consideraciones religiosas o culturales obstaculizan la donación de órganos.

De ahí que este tipo de donación en vida esté proliferando por todo el mundo, puesto que, en un principio, estas se encontraban limitadas a órganos procedentes de familiares, fundamentalmente por motivos de compatibilidad inmunológica y para evitar o controlar la pérdida de trasplantes por el rechazo que se pueda generar por parte de la persona receptora. Sin embargo, debido a los avances médicos y científicos esta frontera se ha superado, dando lugar a que los trasplantes de órganos de donante vivo no emparentados sean igual de funcionales que los procedentes de familiares.

Ésta acusada insuficiencia sobre la disponibilidad de órganos ha originado una búsqueda desesperada de los mismos, dando lugar a que pacientes con grandes recursos económicos estén dispuestos a viajar para beneficiarse de la obtención de un órgano, dejando de lado, en la mayoría de los casos, las cuestiones relativas a la obtención del órgano.

Así es posible la compraventa de órganos en determinados países a pesar de las resoluciones de la OMS, que prohíbe el tráfico de órganos para su trasplante, exhortando a los médicos a que no lleven a cabo la intervención “*si tienen razones para pensar que esos órganos han sido objeto de transacciones comerciales*” pues según el Consejo de la Sociedad de Trasplantes “*Ningún cirujano de trasplante deberá participar directa o*

indirectamente en trasplantes si sospecha que el órgano ha sido objeto de transacción comercial''.

Los principios rectores sobre trasplantes de órganos humanos se aprobaron por la Asamblea Mundial de la salud en 1991, proponiendo principios que reglamentan la obtención y trasplantes de órganos, siendo los que más afectan a la obtención de órganos los siguientes:

- Principio 5: El cuerpo humano y sus partes no podrán ser objeto de transacciones comerciales, prohibiéndose el pago, cobro de un precio o cualquier otra recompensa por la donación de órganos, pues ésta ha de ser altruista.
- Principio 6: Ha de prohibirse toda publicidad sobre necesidad o disponibilidad de órganos cuyo fin sólo es ofrecer o recabar un precio.
- Principio 8: las personas que participen en estas prácticas no deben percibir ningún tipo de remuneración superior a los honorarios que ya recibe por los servicios prestados.

Esto es consecuencia del derecho a la dignidad inherente a todo ser humano; ya que todos los principios giran alrededor de la idea de la dignidad humana, del que van a derivar la inviolabilidad e indisponibilidad de la persona. Por ello, una persona humana tiene dignidad y, por tanto, no tiene precio alguno, siempre es un fin, es decir un sujeto, y nunca un medio.

Esto se pone de manifiesto en la obra “Metafísica de las costumbres” de Kant que se pronuncia sobre la inmoralidad de la comercialización del cuerpo humano de la siguiente manera: *“vender un diente para implantarlo en la encía de otro constituye un suicidio parcial; y aun ceder lo que no es un órgano, como los cabellos, no es cosa inocente cuando se añade el lucro”*.

Asimismo, el comercio legal regulado por el estado, como es el caso de Asia y la compraventa legal de riñones, tampoco puede considerarse un sistema moralmente justificable para acabar con la escasez, pues este tipo de mercado de órganos sirve para institucionalizar la explotación de la miseria, como en la India, donde existen más de 2.000 casos de ablaciones de riñones, indicando que los donantes lo hacen en circunstancias de máxima necesidad y urgencia.

A pesar de los posibles riesgos médicos sobre la salud de éstas personas, se está vulnerando el derecho de las personas a una consideración igualitaria y respeto, consagrando la existencia de dos grupos de población bien diferenciados no sólo por su riqueza sino por el acceso a los bienes básicos: la vida y la salud ^[14].

Por ello, es aconsejable que todos los países garanticen una legislación que prohíba de manera absoluta la comercialización de órganos y tejidos, así como un código de postulados éticos que pueda orientar el desarrollo de los procesos de extracción y trasplantes de órganos, siendo fundamental la existencia de organizaciones sin fines de lucro que se encarguen de controlar la procedencia y destino de todos los órganos y tejidos.

Como señalamos anteriormente, otra problemática que presentan los trasplantes de órganos son los xenotrasplantes, que son aquellos trasplantes de órganos y/o tejidos que provienen de un animal (generalmente primates y cerdos) a un humano receptor, siendo una importante fuente de órganos y tejidos que potencialmente pueden alargar y mejorar la vida de los receptores.

A pesar de ello, esto ha levantado una gran problemática tanto médica como ética. En la década de 1960, se comienza un aprendizaje en el área de los trasplantes, llevando a cabo una serie de intervenciones a dieciocho pacientes a los que se les trasplantaron los corazones de chimpancé y riñones de babuinos, sobreviviendo a la operación, pero muriendo entre el primer y noveno mes tras el trasplante ^[15]. A pesar de los avances médicos, esta tendencia se ha mantenido, pues en la actualidad de todas las personas que han recibido trasplantes de órganos de origen animal, si bien la supervivencia ha mejorado en estos supuestos.

Desde el punto de vista ético, se plantea la problemática del maltrato animal; ya que tras esta práctica se encuentra la idea de que el hombre es el centro de la creación permitiéndole usar y abusar de la naturaleza y modificándola a su antojo. Fundándose parte de la cultura en base al uso de los animales como “recursos” es decir, un medio para nuestros fines. Por lo que, desde este punto de vista, puede considerarse

[14] PONS RAFOLS, X: Nuevos desarrollos en la lucha internacional contra el tráfico de órganos humanos: el Convenio de Santiago de Compostela. Revista Electrónica de Estudios Internacionales 31: 1-36.

[15] ALDRIGE SUSAN: El hilo de la vida. De los genes a la manipulación genética. Cambridge University. Madrid. 1999. Págs. 111-113.

completamente ético y defendible criar animales para luego dar órganos a las personas que lo necesitan.

Sin embargo, gracias a la sensibilidad que ha ido desarrollando la sociedad por los animales, ha permitido que esta práctica sea cada vez menos frecuente, evitando así todo el sufrimiento que conlleva la cría de animales sólo para beneficios humanos, manteniéndolos desadaptados de su vida normal en un laboratorio o centro de estudios. Provocando que el animal sufra deliberadamente pudiendo la persona evitar esto con un trasplante entre humanos, siendo incluso más beneficioso por su salud. Además, una sociedad generosa y éticamente sana requiere considerar otros agentes, como el sufrimiento animal.

Está claro, y dado la situación de carencia de órganos, que cada vez se necesitan más órganos, llevando a los enfermos que los necesitan a adoptar decisiones que pueden poner en peligro la vida de los animales, de otros humanos o la suya propia, puesto que en estas últimas intervenciones se crea un riesgo mayor de rechazo del órgano o bien de infecciones.

2. Conflictos religiosos

Uno de los principales problemas éticos que preceden a la donación y trasplante de órganos y/o tejidos es si realmente estas acciones son aceptadas en su religión. Pudiendo concluir que, la mayoría de ellas apoyan la donación y el trasplante, pues éstos no contravienen el espíritu de sus reglas y mandamientos.

- **Budismo:** Los budistas creen que, aunque cese la respiración en el momento de la muerte, no necesariamente conlleva el cese de la conciencia, pues ésta suele permanecer en el cuerpo hasta tres días, dependiendo del karma individual ^[16].

Creen que la donación de órganos es un asunto de conciencia individual. Los líderes de ésta religión establecen que no hay resolución escrita al efecto, estableciendo que honran a otras personas donando su cuerpo y órganos al avance de la ciencia médica y para salvar vidas

A tal efecto, la donación de órganos es un acto extraordinariamente positivo puesto que emana de un verdadero deseo compasivo de beneficiar a otras personas. Por tanto, siempre que esta donación responda a un deseo sincero de la persona-donante, no puede perjudicar de ninguna forma a la conciencia que se dispone a dejar el cuerpo, acumulando este acto de generosidad un buen karma.

De la misma forma, algunos sectores más radicales establecen que no hace falta la muerte del sujeto, tal y como Khyentse Rimpoché dijo *“Si no cabe ninguna duda de que la persona va a morir en pocos instantes, y ha expresado su deseo de donar sus órganos y tiene la mente llena de compasión, es correcto que le sean extraídos antes de que el corazón cese de latir”*.

Además, numerosos sectores y pueblos adscritos a tales enseñanzas insisten en no tocar el cuerpo de la persona recién fallecida durante el tiempo que dure el proceso de muerte que se prolonga el tiempo que duren los ritos funerarios, que van desde los 7 a los 49 días. Por lo que esta tradición de esperar a la finalización del proceso de muerte hace imposible la donación.

- **Catolicismo:** En un principio, el trasplante de órganos no era moralmente aceptable si el donante o sus representantes no han dado el consentimiento de manera consciente. El trasplante de órganos es conforme a la ley moral y puede ser meritorio si los peligros y riesgos físicos o psíquicos sobrevenidos al donante son proporcionados al bien que se busca en el destinatario. Por lo que se consideraba moralmente inadmisibles la mutilación que le deja inválido o bien tras su muerte para retardar el fallecimiento o mejorar la vida de otras personas.

Fue el Papa Pio XII quien admitió un criterio más amplio y científico de lo ya citado, de tal forma que las autoridades de la Iglesia Católica nunca han puesto objeciones teológicas a la definición de muerte encefálica. Para la Iglesia Católica, la donación de órganos es una acción de caridad, amor fraterno y sacrificio personal, pues la persona por voluntad propia decide mejorar la vida de otra.

Asimismo, el director de la oficina de asuntos de la salud de la Archidiócesis de Chicago, Leroy Wiechowsky, señaló que *‘‘Fomentamos las donaciones como una acción de caridad. Es algo bueno que puede resultar de una tragedia y una manera en que las familias puedan encontrar consuelo ayudando a otros’’*.

El propio Papa Juan Pablo II, en su encíclica *‘‘El evangelio de la vida’’* señala la nobleza de la donación de órganos, equiparándolo a la donación de uno mismo, estableciendo a tal efecto que *‘‘El evangelio de la vida se celebra en la vida diaria y debe ser lenado de autodonación por los demás. Un ejemplo particular de estos gestos es la donación de órganos hecha de una manera aceptable, o con la intención de ofrecer salud y tal vez vida para los enfermos que algunas veces no tienen otra esperanza’’*.

En la misma línea también declaró que *‘‘Cada donación de un órgano por la salud y el bien de otra persona es un gesto que es un genuino acto de amor. No sólo se trata de dar algo que pertenece a nosotros, sino también de dar algo de nosotros mismos porque por virtud de su unión con el alma, el cuerpo humano no puede ser considerado un conjunto de tejidos, órganos y funciones; es más bien una parte constitutiva de la persona que se manifiesta y expresa a través de él>>’*.

- **Hinduismo:** El hinduismo no se pronuncia oficialmente sobre ello, sin embargo, en la India hay centros privados que adquieren y venden órganos de manera legal, llegando a darlos incluso de manera gratuita. La sociedad se divide en dos posiciones:

Por un lado, hay quienes afirman que hay numerosas referencias que apoyan la donación de órganos, puesto que en los escritos hindúes <<Daan>> es la palabra original en sánscrito para el significado de la donación de forma desinteresada. Asimismo, en la lista de los 10 Niyamas ^[17] el <<Daan>> es el tercero.

Por otro lado, en el Hinduismo se tiene la creencia de que las cosas suceden porque están escritas, por ello, si alguien tiene que morir no se debe hacer nada, ya que sería oponerse de algún modo al <<karma>> de la persona pudiendo alterar el <<karma

universal>>. Por ello se va a considerar al cuerpo del fallecido como intocable, sólo pudiendo ser reducido a cenizas el día de su entierro por medio de incineración.

Además, tal y como señala la minoría, si alguien dona un órgano, por el principio del karma, significa que el receptor tendría que devolver el favor en la próxima vida del donante, significando que el donante tendrá que tener otra vida; atentando así contra el deseo de los hindúes de ser liberados del ciclo de renacimiento, por lo que esto sería una desventaja.

Este era uno de los pensamientos dominantes algunos años, que fue tachado de egoísta, pues hoy en día, se opina que una vez haya salido el alma del cuerpo, éste no es más que una máquina por lo que no hay nada que impida que éste sea compartido con los demás.

- **Cristianismo:** Uno de los principales pilares del cristianismo es el amor al prójimo, por lo que, basándose en que hemos sido creados para la gloria de Dios y para compartir el amor de éste, se anima a donar órganos y/o tejidos que puedan salvar la vida de otras personas, alargando el amor de Dios.

Parte de la doctrina, establece que ya en la biblia se abordaba la donación de órganos y tejidos. Ejemplo de ello es el Génesis 2:18, 21-22 <<*Y el señor Dios dijo: No es bueno que el hombre esté solo, le haré una ayuda idónea*>> creando de esta manera a Eva de la costilla de Adán, siendo necesario esa extracción para crear una nueva vida, teniendo esa donación y trasplante un noble fin.

- **Islam:** En el islam, la ciencia médica ha tenido un gran desarrollo desde entrada la Edad Media, por lo que se considera a la medicina, tras el Corán, como la primera ciencia ya que afecta al hombre directamente, siendo el médico visto como una especie de sacerdote. Existen así dos vertientes, una más espiritual y otra más práctica ^[18].

Desde el punto de vista de la vertiente práctica, Dios envía al médico para curar los dolores físicos de los pacientes enfermos o con dolencias, proponiéndose entonces valorar la donación de órganos. Tanto es así, que el Corán señala “*Quien salva la vida*

de un hombre, es como si salvara a la humanidad” Tanto es así que se puede entender que hay implícito una solidaridad universal. Este principio es lo que se conoce como “*El destino universal de los bienes*” cuyo concepto “*Dios da los bienes para todos los hombres*” se aplica a la medicina y salud.

Por ello, si esa donación no afecta de manera grave a la persona-donante, no hay inconveniente alguno si ésta quiere donar, siendo el tema del enfermo parte de la responsabilidad colectiva e incluso una obligación moral. Sin embargo, hay sectores donde se plantean conflictos y dificultades en relación del paciente cadavérico, pues se prohíbe esa mutilación al cadáver, siendo imposible la donación y trasplante en estos supuestos. Ejemplo de ello es Pakistán donde la donación de fallecidos se considera inaceptable.

- **Judaísmo:** Acorde con esta religión, el hombre es a imagen y semejanza de Dios, pues de él recibe el don de la vida, custodiada por la Ley de Dios, es decir, la Torá, así esta vida es sagrada y de valor absoluto por lo que no es negociable o intercambiable ^[19].

Por estos postulados, se considera a la donación de órganos como un hecho de solidaridad humana y piedad religiosa, puesto que se da parte de esa vida sagrada a otra persona que lo necesita. En el caso del consentimiento, una parte de la corriente afirma que se ha de tener en cuenta el deseo del difunto a través de lo que conocemos por <<*testamento vital*>>, mientras que la otra parte de la corriente afirma que se ha de decidir por la familia del difunto.

No obstante, los grupos de religiosos ortodoxos no aceptan el trasplante de órganos, puesto que entienden esta extracción como una forma de profanación a tal punto de entenderlo como un robo, pues para ellos, aún después de la muerte, el cadáver goza de derechos, como ser sepultado de manera entera. Esto puede ser bastante contradictorio si tenemos en cuenta que el Hadasa, centro científico de Jerusalén, es pionero en el trasplante epidérmico y de córnea, adquiriendo renombre mundial. Esto encuentra su excepción en el hospital religioso de Shaare Tzedek (Jerusalén) donde no existe el trasplante renal, evitándolo con el perfeccionamiento en los métodos de diálisis e investigando en técnicas alternativas.

Otro de los conflictos que se pueden dar es la precedencia, es decir, quién se encuentra primero en la lista para recibir un órgano o si esa persona es alguien de su misma religión y por tanto un ‘hermano’ o bien si es alguien practicante de otra religión y por tanto un pagano, influyendo en la decisión de la donación. Para ello, la máxima básica es que se ha de tener en cuenta la lista de espera, con la necesidad y obligación de ayudar primero al hermano de la misma religión y luego a los demás.

- **Testigos de Jehová:** Los testigos de Jehová constituyen un grupo religioso surgido del protestantismo estadounidense, siendo fundados por Charles Tazel Russel en el año 1884, siendo su órgano rector la Watchtower Society de Nueva York. En nuestro país, tienen la consideración legal de confesión religiosa, con personalidad jurídica reconocida desde el año 1970 tras la inscripción en el Registro de Entidades Religiosas del Ministerio de Justicia.

A pesar de la creencia popular, los testigos de Jehová aceptan tratamientos médicos, siendo mucho de ellos médicos o cirujanos. Sin embargo, el problema principal que se plantea es la transfusión sanguínea, pues su religión excluye todo tipo de transfusión sanguínea de glóbulos rojos empaquetados y de plasma, así como los glóbulos blancos y plaquetas; sin que se les pueda prohibir el uso de componentes como albúmina o las preparaciones para hemofílicos, teniendo que decidir individualmente si pueden y quieren aceptarlo. Para ello se amparan en pasajes de la Biblia justificando así la negativa a la misma, pues como se señala <<*Nadie de entre vosotros...comerá sangre*>> <<*...porque la vida de toda carne es la sangre; quien la comiere será exterminada*>>.

Si un Testigo de Jehová acepta una transfusión, con esa acción está manifestando su deseo de no seguir siendo parte de tal comunidad, lo que implica también un desligamiento social pues, a través de interpretaciones de la Biblia, se impone el no tener trato con los que violen la Ley de Dios. Sin embargo, no se aplicará a aquellos miembros que la reciban en contra de su voluntad o los que, habiendo aceptado la transfusión, se arrepientan en el transcurso del mismo

Por ello, será una cuestión de conciencia individual, siempre y cuando ese trasplante de órgano o tejido no conlleve sangre, teniendo que estar completamente vacío de ella, siendo favorable la donación post-mortem.

Asimismo, en el año 2012, la Fiscalía General del Estado estableció en una circular dirigida a todos los fiscales, que los Testigos de Jehová no podrán oponerse a que sus hijos menores de edad reciban transfusiones de sangre en situaciones urgentes en las que pueda peligrar su vida, pues en estos casos, el médico podrá aplicar directamente el tratamiento sin tener que acudir ante el juez.

El documento firmado por el fiscal Eduardo Torres-Dulce, establece los criterios que deben emplear los fiscales en conflictos surgidos en clínicas y hospitales ante las transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas urgentes y graves que, a juicio médico, se deban realizar a menores de edad y que se encuentren con la oposición del menor o representantes legales.

Para ello se ha basado en tres pronunciamientos del Tribunal Constitucional, y en especial la STS del año 2002 ^[20] que versa sobre un menor de 13 años, cuyos padres y el propio niño rechazaron una transfusión tras un grave accidente, por ello el centro hospitalario solicitó y obtuvo autorización judicial, pero la intervención no pudo realizarse porque el terror del niño entrañaba severos riesgos de hemorragia cerebral. Mientras los progenitores buscaban alternativas, el paciente empeoró de forma crítica y a pesar de que se terminó realizando la transfusión no pudo contrarrestar la hemorragia cerebral, produciéndose el fallecimiento. En un primer momento fueron condenados por el Supremo por homicidio, pero el Constitucional declaró que la condena entrañaba vulneración del derecho a la libertad religiosa, pero declaró que la resolución judicial autorizando la transfusión para preservar la vida del menor, una vez los padres se negaron a realizarla invocando creencias religiosas, no es susceptible de reparo alguno desde una perspectiva constitucional.

En esta resolución, la Fiscalía establece los siguientes supuestos ^[21]:

[20] STS 4567/1997. Sede: Madrid. Nº de Recurso: 3248/1996. Ponente: GRANADOS PÉREZ, Carlos

[21] CIRCULAR 1/2012, Fiscalía del Estado, Sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave.

1. El menor maduro, de entre 16 y 17 años, se niega a una transfusión sanguínea u otra intervención, cuando existe grave riesgo para su vida pero sus representantes legales son favorables.

En este caso, el médico puede llevar a cabo la intervención sin necesidad de acudir al juez. Si la situación no fuera de urgencia será aconsejable acudir al juez de guardia o a través del fiscal.

2. El menor maduro rechaza la transfusión al igual que sus padres.

En este caso, el médico debe plantear el conflicto ante el juez de guardia o ante la Fiscalía, pero si dicha intervención es necesaria por razones de urgencia, pueden llevar a cabo la intervención sin autorización judicial amparado por la causa de justificación de cumplimiento de un deber y estado de necesidad.

3. El menor maduro presta su consentimiento, pero sus representantes legales se oponen.

El médico podrá aplicar el tratamiento o llevar a cabo la intervención sin necesidad de acudir al juez o ante la fiscalía, debido a la capacidad de autodeterminación que la ley reconoce al menor maduro.

4. Los representantes del menor no maduro, menor de 16 años, no consienten la intervención, generando grave riesgo para la vida o salud del mismo.

Aquí el médico debe plantear el conflicto ante el juez de guardia o ante la Fiscalía; sin embargo, en situaciones urgentes el médico podrá aplicar el tratamiento de manera directa frente a la voluntad de los padres, estando amparada su conducta.

4. Bioderecho del final de la vida

a. **Autonomía del paciente y objeción de conciencia.**

1. Autonomía del paciente

La autonomía del paciente, como un bien jurídicamente protegido, surge como una manifestación de la libertad humana y del reconocimiento de su dignidad y calor de la personal, tal y como se plasma en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre. En el ámbito sanitario el derecho a decidir libremente fue incorporado a la Ley General de Sanidad, otorgando al paciente un conjunto de derechos que obtienen su protección mediante la imposición de obligaciones a los centros sanitarios, que se insertan en el desarrollo de la correcta prestación; lo que incluye no sólo la apropiada prestación

técnica, sino también el deber de información y respeto a las decisiones adoptadas por el paciente de forma libre y voluntaria.

La Ley General de Sanidad dio paso a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, complementando con su regulación las previsiones de la Ley General de Sanidad, reforzando y dando un trato especial al derecho a la autonomía del paciente.

Los principios básicos en los que se asienta la regulación actual sobre la autonomía del paciente son los siguientes:

1. La dignidad de la persona humana, así como el respeto a la autonomía de su voluntad e intimidad, encajando así con los derechos garantizados en los arts. 10 y 18 CE.
2. Toda actuación que se de en el ámbito de la sanidad va a requerir, con carácter general, el previo consentimiento del paciente, que debe obtenerse tras recibir una información adecuada, y por escrito cuando así lo prevea la Ley.
3. El paciente tiene derecho a decidir, de manera libre, entre las opciones clínicas disponibles, después de que se le haya informado adecuadamente.
4. El paciente tiene derecho a negarse al tratamiento (salvo los casos previstos en la ley) debiendo constar por escrito.
5. El paciente tiene el deber de facilitar todos aquellos datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera; así como colaborar en la obtención de los mismos cuando éstos sean necesarios por razones de interés público o por motivos de asistencia sanitaria.
6. El profesional interviniente en la actividad asistencial, se encuentra obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documental clínica, y al respeto a las decisiones adoptadas por el paciente de manera libre y voluntariamente.
7. Asimismo, la persona que tenga elabore o tenga acceso a la información y documentación clínica se encuentra obligada a guardar la debida reserva.

A pesar de la enumeración, estos principios se materializan a través del reconocimiento de un conjunto de derechos al paciente, por lo que se van a traducir en un

derecho a la información sanitaria, respeto al derecho a la intimidad, y a la autonomía del paciente, cobrando importancia el consentimiento informado.

Cuando hablamos del derecho a la información sanitaria o asistencial, nos referimos al derecho del paciente de conocer de toda la información disponible sobre el ámbito de su salud, y a que se respete su derecho a no ser informado. Esta información se hará de manera verbal, dejando constancia en la historia clínica y comprende, tal y como señala la Ley 41/2002, la finalidad y naturaleza de cada intervención, así como los riesgos y sus consecuencias. La información ha de ser cierta y ha de ser comunicada al paciente de manera comprensible y adecuada a sus necesidades, con la finalidad de que éste pueda tomar las decisiones referentes a su salud de acuerdo con su libre y propia voluntad. El deber de hacer llegar esta información la tiene el médico responsable del paciente, cuyo objetivo es potenciar y preservar la autonomía del paciente siendo éste quien toma la decisión en medio de un proceso de información ofrecida por el médico.

La finalidad de ésta información es precisamente que el paciente pueda decidir de manera libre y autónoma, hacer uso o no de los procedimientos o técnicas que se le ofrece en cada momento.

A pesar de ser un derecho que corresponde al paciente, también se ha de informar a las personas vinculadas a él ya sea por razones familiares o, de hecho, en la medida que el paciente, de manera expresa o tácita, lo permita, pudiendo negarse a que se divulgue la información sanitaria en su ámbito familiar.

La información que ha de proporcionársele al paciente gira respecto a los siguientes puntos:

1. Las consecuencias relevantes que la intervención origina con seguridad.
2. Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente
3. Los riesgos probables con las condiciones normales conforme a la experiencia y la ciencia.
4. Las contraindicaciones.

En cuanto a los supuestos de incapacidad, la información al paciente se extiende a este ámbito en cuyo caso, la ley prevé que la información se preste al incapaz de forma adecuada a sus posibilidades de comprensión y que, asimismo, se informa a su

representante legal. Sin embargo, la Ley 41/2002, prevé la posibilidad de limitar la información en caso de que exista la acreditación de <<*un estado de necesidad terapéutica*>> que se define como <<*la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su situación pueda perjudicar su salud de manera grave*>> ^[22]; en este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razón del vínculo familiar o de hecho.

Además, debemos tener en cuenta que la citada ley no pasa por alto los postulados de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal, siendo esta una manifestación del derecho a la intimidad, puesto que toda información referente a la salud de las personas tiene carácter confidencial y goza, por tanto, de protección específica impidiendo el conocimiento y acceso más allá del interesado y en los supuestos legalmente establecidos.

Otro de los principios básicos de la Ley 41/2002, es que toda actuación en el ámbito sanitario va a requerir el consentimiento del paciente tras haber recibido la información adecuada y secreta, la cual le permita decidir entre las opciones disponibles. El consentimiento informado supone <<*la conformidad libre, voluntaria, y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud*>> ^[23]. Como se ha venido reiterando, la finalidad es obtener un consentimiento libre y voluntario, que ha de ser verbal como regla general, permitiendo la propia ley ^[24] la prestación por escrito en casos de: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, y en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa en la salud del paciente.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo considera que la falta de consentimiento informado comporta una vulneración de la *lex artis* y revela una manifestación de un funcionamiento anormal del servicio sanitario ^[25]. Asimismo, sostiene que la omisión completa de dicho consentimiento informado no constituye sólo una infracción, sino también descuidos parciales

[22] [23] [24] Arts. 3; 5.4; 8.2 de la Ley 41/2002, 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materias de información y documentación clínica.

[25] STS, Sala de lo Contencioso, Sección 4, Rec 4637/2008 de 29 de Junio de 2010, Ponente: PICO LORENZO, Celsa.

Señalar que un defecto en la prestación del consentimiento no va a generar responsabilidad, puesto que según la jurisprudencia se requiere que se haya ocasionado un resultado lesivo como consecuencia de las actividades médicas realizadas sin dicho consentimiento ^[26]. En la actualidad, la misma Sala reafirma que *"ha evolucionado en esa cuestión del defecto u omisión del consentimiento informado desde una postura que lo reputaba en sí mismo constitutivo de un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención y por tanto indemnizable, a otra que afirma como regla o principio que la mera falta o ausencia de aquél no es indemnizable si no concurre el elemento del daño antijurídico"*. Por lo que, aun cuando el consentimiento informado no se hubiera completado en forma, tal ausencia por sí sola no genera la responsabilidad.

La doctrina francesa, califica la omisión del consentimiento o el defecto en la prestación del mismo como “la falta de servicio”, es decir, aquellos supuestos en los que no se han realizado todos los procedimientos disponibles o se ha actuado con retraso, dando lugar a una privación de expectativas o de posibilidades de curación ^[27]. Esta pérdida de oportunidad también se va a considerar como un supuesto de infracción de la *lex artis* en caso de que faltase la advertencia de los posibles riesgos que derivan de la intervención, en la medida que con esa defectuosa información se priva al paciente de tomar la decisión en uso de su autonomía y dignidad personal ^[28].

Esta falta de información es en todo momento susceptible de indemnización, siendo necesario que de esa pérdida de oportunidad sea deducible una situación relevante ya sea derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o de una actuación contra protocolo, o bien de otros extremos como puede ser una simple sintomatología indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de los medios necesarios ^[29]. Por lo que, si la información omitida o suministrada no conlleva ningún tipo de peligro o posible riesgo colateral, resulta intrascendente.

[26] STS 13 JULIO 2007, SALA 3, de lo C-A, sección 6ª, rec. Casación: 6354/2002 Ponente: PICO LORENZO, Celsa

[27] STS SALA 3 C-A, sec. 4ª 28 de febrero 2012, rec. Casación: 5185/2012

[28] STS Sala 3 de lo contencioso-administrativo, sec. 4ª, STS 30 de septiembre 2009, rec. Casación:263/2008

[29] STS SALA 3 de lo contencioso-administrativo, sec. 4ª, 8 de marzo de 2011, rec. 1882/2009

Asimismo, señala el Tribunal Supremo ‘*El daño que resulta de haberse omitido una información adecuada y suficiente sobre un riesgo muy bajo y de su posterior materialización, de tal forma que la relación de causalidad se debe establecer entre la omisión de información y la posibilidad de haberse sustraído a la intervención médica cuyos riesgos se han materializado y no entre la negligencia del médico y el daño a la salud del paciente. La negligencia médica ha comportado una pérdida para el paciente que debe valorarse en razón a la probabilidad de que, una vez informado de estos riesgos personales, probables o típicos, hubiera decidido continuar en la situación que se encontraba o se hubiera sometido razonablemente a una intervención que garantizaba en un alto porcentaje la posibilidad de recuperación, pues si bien no había necesidad vital para llevarla a efecto, si era clínicamente aconsejable en razón a la existencia de una patología previa y al fracaso del tratamiento conservador instaurado durante algún tiempo*’ [30].

En esta misma línea, cabe prescindir del consentimiento en caso de riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por ley o bien en caso de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando entonces a sus familiares o personas vinculadas a él.

Además, el Tribunal Constitucional en el año 2011 [31] estimó que ‘*no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el consentimiento, sino que aquél ha de encontrarse cualificado por las notas de inmediatez y gravedad*’.

Por ello, se otorgará el consentimiento por medio de representación en unos determinados supuestos:

1. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones por sí mismo, a criterio del médico responsable, o bien porque su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente careciera de representante legal, el consentimiento lo prestarán aquellas personas vinculadas a él por razones familiares o, de hecho.

[30] STS, 16 ENERO 2012, Sala Primera, de lo Civil, núm. rec. 2243/2008

[31] STC 37/2011, de 28 de marzo 2011

2. Cuando el paciente haya sido incapacitado legalmente.
3. Cuando el paciente sea menor de edad y no sea capaz intelectual o emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En dicha situación, el consentimiento será dado por el representante del menor una vez escuchada su opinión si tiene doce años.
4. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

2. Objeción de conciencia.

La objeción de conciencia se entiende por la negativa de acatar órdenes o leyes o a realizar actos o servicios invocando motivos éticos o religiosos. Por ello, desde una ética racional y en un estado de derecho, en donde se considera, de una parte que el individuo ha de responder en primer lugar al “tribunal” de la propia conciencia y de otra parte, en la medida que se reconoce el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa, se puede definir como un derecho subjetivo a resistir los mandatos de la autoridad moral cuando éstos contradicen los propios principios morales, siendo éstos una manifestación del pluralismo ético y religioso de la sociedad. Por lo que van a consistir en una manifestación de la incompatibilidad que se presenta entre los dictados de la conciencia individual y determinadas normas del ordenamiento jurídico al que la persona se encuentra sujeta, con objeto de ser eximida sin llevar a cabo sanción alguna.

En nuestro derecho se encuentra regulada en la Constitución de 1978 (art. 30.2 CE) y en la Ley 22/1998, de 6 de julio, reguladora de la objeción de conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria. En la constitución se reconoce únicamente el derecho a la objeción de conciencia al servicio militar (Art. 30.2) y lo hace dispensándole una mayor protección, pues es susceptible de recurso de amparo constitucional (art. 53.2 CE). Sin embargo, el Tribunal Constitucional con ocasión del recurso de inconstitucionalidad contra la LO 9/1985, de 5 de julio, de reforma del Código Penal, que despenalizaba ciertas interrupciones voluntarias del embarazo, afirmó que la objeción de conciencia se

proyectaba hacia otros ámbitos, como en el caso del aborto en los supuestos penalmente atípicos.

El concepto de objeción de conciencia incluye los siguientes elementos:

1. La existencia de una norma jurídica de obligado cumplimiento, pero cuyo contenido puede afectar a las creencias religiosas o morales del individuo y que por tanto, no puede obviarse sin incurrir en sanción. Es necesario que el contenido de la norma sea tal que pueda resultar incompatible con esas convicciones morales y/o religiosas y no contra ciertas opiniones o intereses personales de estos.
2. Que exista un dictado inequívoco de la conciencia individual opuesto al mandato jurídico, pudiendo el ordenamiento jurídico requerir verificación.
3. Que el ordenamiento jurídico carezca de normas que permitan resolver el conflicto entre una o varias normas y la conciencia individual o que posibiliten alternativas aceptables para el objeto.
4. La manifestación del sujeto del conflicto surgido sin que sea relevante la mera presunción sobre la existencia del conflicto. Como consecuencia, no son válidas las manifestaciones que realicen al respecto terceras personas en nombre de algún sujeto o colectivo.

5. Conclusiones

- Una vez estudiado el trasplante de órganos y los conflictos religiosos desde el punto de vista de la bioética y el Bioderecho, se puede concluir estableciendo que, lejos de los prejuicios y las concepciones precoces, la mayoría de las religiones comparten las mismas ideas referente al procedimiento.

Si bien es cierto que algunas no lo comparten, peligrando así su salud y vidas, nuestra legislación se ha pronunciado firmemente sobre ello, tanto que se podrá intervenir a menores que estén en riesgo, aunque, tanto ellos como sus familiares se nieguen, puesto que, en todo caso, se vela por el menor.

- Se pone de manifiesto la insuficiencia normativa a nivel internacional en el ámbito de los trasplantes y el tráfico de los mismos, pues, aunque Europa no sea el caso, sí es cierto que cada vez es más frecuente encontrar tanto en la red como en la prensa casos de extrema violencia para conseguir un órgano y poder beneficiarse del mismo. Resaltar que a inicios de año 2017, España, líder mundial en donación y trasplantes, presentó ante la Asamblea General de las Naciones Unidas un proyecto de resolución para hacer efectiva en todo el mundo, la lucha contra el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes.

Asimismo, tener en cuenta que los xenotrasplantes no son una opción, pues, aunque cada vez es más frecuente debido a la gran demanda de órganos en el mercado, ésta práctica puede ocasionar numerosos problemas de salud, incluyendo la vida del sujeto que se somete a tal procedimiento.

- Por último, comentar la falta de legislación en el ámbito del Bioderecho y la bioética, teniendo en cuenta que, cada vez es más frecuente, encontrarnos ante conflictos sin resolver a los que la bioética y el Bioderecho deben darle la solución adecuada

6. GLOSARIO

- **ADN:** El ácido desoxirribonucleico es un ácido que contiene las instrucciones genéticas usadas en el desarrollo y funcionamiento de todos los organismos vivos y algunos virus, siendo responsable de su transmisión hereditaria. Siendo la función principal, el almacenamiento a largo plazo, de información para construir otros componentes de las células como proteínas y moléculas de ARN.
- **ADN recombinante:** Se trata de una molécula de ADN artificial que se forma de manera deliberada <<*in vitro*>> por la unión de secuencias de ADN que provienen de dos organismos distintos que, de manera general, no se encuentran juntos. Al introducirse en un organismo, se produce una modificación genética que permite añadir una nueva secuencia de ADN al organismo, conllevando a la modificación de rasgos existentes o la expresión de nuevos rasgos.
- **ARN:** Ácido nucleico presente en las células tanto procariotas como eucariotas, y es el único material genético de algunos virus. Por ello, desempeña varias funciones y es necesario, pues el ADN no puede actuar solo para transferir información vital durante las síntesis de proteínas.
- **Biblia:** Conjunto de libros canónicos del cristianismo y del judaísmo, en la cual se encuentran el Antiguo y Nuevo Testamento.
- **Corán:** Libro fundamental de la religión musulmana que cuenta las revelaciones que Dios le hizo a Mahoma

- **Torá:** Texto que contiene la ley y el patrimonio identitario del pueblo israelita; constituye la base y el fundamento del judaísmo.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- BAKRY RIAY, Taty: *Islam, bioética y final de la vida*. Gafo, J. Bioética y religiones: el final de la vida. Madrid. Universidad Pontificia. 2000.
- CICCONE, L: *Bioética: historia, principios, cuestiones*. Madrid. Palabras S.A. 2006
- HERNÁNDEZ SALCEDO, J.R: *La ciencia del bioderecho*. Revista bioderecho.es vol.I, núm. 1, 2014
- LÓPEZ-NAVIDAD: J. KULISEVSKY,F; CABALLERO: *El donante de órganos y tejido, evaluación y manejo*. Springer Verlag. Ibérica.
- LÓPEZ PÉREZ, M: *El budismo y el proceso de la muerte*.
- REVELLO, Rubén: *Donación de órganos y religiones*. Vida y Ética. Año 10. N° 2
- PUERTA GIRL, Marta: *La importancia de la integridad en la comunicación de los resultados de la investigación bioética. La legitimación del carnismo y el especismo*. Revista Bio. y Derecho. 2017. 40-1,5. Editorial.
- ALARCOS MARTÍNEZ, Francisco J: *Tráfico de órganos, un nuevo salto en la historia de los trasplantes. Los trasplantes y el tráfico desde la ética*. Crítica. Págs.48-51.
- PEREZ SAN GREGORIO, María A: *Ética y psicología en el ámbito de las donaciones y trasplantes de órganos*. Revista de psicología Universitaria Tarraconensis. Vol. 24. Núm. 1-2. 2002. Págs. 152-168.
- PARRILLA, Pascual, RAMIREZ, Pablo, RÍOS, Antonio: *Manual sobre donación y trasplante de órganos*. Arán. Madrid 2008.
- <http://www.ont.es/home/Paginas/LaONT.aspx>
- <https://www.bioeticaweb.com/>
- <http://www.bioeticayderecho.ub.edu>
- <https://kennedyinstitute.georgetown>.

