



UNIVERSIDAD  
**EL BOSQUE**

**Trasplante de órganos sólidos de donante  
seropositivo vivo a receptor seronegativo, consideración  
desde la propuesta de justicia de Michael J. Sandel**

Andrea Esperanza Izquierdo Orozco

Universidad El Bosque  
Departamento de Bioética  
Bogotá D.C, Colombia

2023

**Trasplante de órganos sólidos de donante seropositivo vivo a receptor seronegativo, consideración desde la propuesta de justicia de Michael J. Sandel**

Andrea Esperanza Izquierdo Orozco

Tutor Teórico: Boris Julián Pinto

Tutor Metodológico: Hernando Clavijo Montoya

Universidad El Bosque  
Departamento de Bioética  
Maestría en Bioética

Bogotá D.C, Colombia

Junio 2023

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

03 de junio de 2023

## **Tabla de Contenido**

Resumen .....	5
Introducción.....	6
Antecedentes históricos.....	9
Cambio de Paradigma: de enfermedad aguda a enfermedad crónica .....	16
Consideración de justicia.....	20
Conclusiones .....	30
Referencias.....	32

## Resumen

Durante la revisión de diversas fuentes bibliográficas relacionadas con el tema de trasplantes de órganos como alternativa terapéutica, se identificó una problemática en cuanto a la participación e implementación de esta alternativa en población con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), la cual es restringida a pesar de la evolución que ha tenido el tratamiento de la enfermedad, el cambio de consideración a una concepción actual de afección crónica, y el contexto general de escasez de órganos, cuando un paciente tiene una enfermedad progresiva con daño irreparable. Así mismo, durante esta revisión se encontró un caso pionero en Sudáfrica de un trasplante de órganos de un donante seropositivo a un receptor menor de edad, serológicamente discordante, es decir, seronegativo, no portador del virus. Una situación que no partió de un ofrecimiento abiertamente permitido por la comunidad médica debido a su trasfondo ético, pero cuyo desenlace permite encaminar el siguiente ensayo argumentativo a favor del ofrecimiento del trasplante de órganos sólidos de un donante seropositivo vivo a un receptor seronegativo en población adulta, tomando como referente la Teoría de Justicia propuesta por Michael Sandel.

*Palabras clave:* donante, receptor, justicia, solidaridad, trasplante de órganos, VIH/SIDA

## Introducción

Tras la búsqueda de información en torno al trasplante de órganos se identificó que, a pesar de la evolución de la técnica y el aumento del ofrecimiento de este procedimiento como alternativa terapéutica, se ha dejado de lado considerar el trasplante de órganos provenientes de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en personas que no comparten el mismo estado serológico, a pesar de que esto podría ser una alternativa para quienes han estado mucho tiempo en lista de espera debido a la escasez de órganos o cuando hay una situación de riesgo de pérdida de vida inminente, como es el caso de pacientes que se encuentren en un estado de “urgencia 0”.

Se observa que en la mayoría de trabajos que abordan la problemática del trasplante de órganos en seres humanos, la discusión surge en torno a la escasez, pues a pesar de que la efectividad de los trasplantes demuestra una alternativa para dar tratamiento a las enfermedades, prolongar, mejorar expectativa y calidad de vida, el único ser capaz de proporcionar un órgano con posibilidades de compatibilidad hasta el momento es uno de la misma especie. Al abordaje de esta problemática también le derivan temas en torno al ser humano, la concepción de la vida y la muerte, el respeto por el cuerpo, las voluntades de los implicados en el proceso, la asignación y distribución de los órganos en términos de justicia, el tráfico ilegal, entre otros. Sin embargo, es a partir de la revisión de diferentes argumentos en estos temas que surge la inquietud de si esta alternativa terapéutica y su evolución, podría llegar a tener un alcance que cubra la participación de toda la población, sin distinción serológica, teniendo en cuenta antecedentes normativos, sociales y clínicos que se relacionan con la ejecución de estos procedimientos.

Se encontró que en la mayoría de los documentos fuente, usualmente los trasplantes se pretenden entre donantes y receptores seronegativos por factores clínicos y sociales que han dejado rezagada la participación de la población seropositiva a pocos escenarios; a pesar de los avances en estos dos factores, en lo clínico, el avance en la técnica del procedimiento de trasplante y el desarrollo del tratamiento de la enfermedad del VIH; y en lo social y normativo, la derogación de

barreras legales, normativas y búsqueda de reducción del estigma. A la fecha, se han permitido los trasplantes de un donante seronegativo a un receptor seropositivo en situaciones controladas y se han ejecutado trasplantes con órganos provenientes de un donante seropositivo a receptor en su misma condición serológica, pero a nivel mundial, sólo se ha permitido un trasplante de un donante seropositivo vivo a un receptor seronegativo.

Es por este antecedente que se busca abordar el trasplante de órganos sólidos provenientes de un donante seropositivo vivo a un receptor seronegativo desde el punto de vista bioético, dado que la escasez de órganos es una preocupación global y en la implementación de esta consideración podría encontrarse un camino para abordar la problemática, siempre y cuando haya una población dispuesta a cultivar el sentido de la solidaridad, cuyos individuos piensen cómo miembros de una comunidad expuesta a la problemática y tengan el deseo de participar para abrir un espacio que permita generar oportunidades para entablar la discusión, y continuar hacia un consenso, y de igual manera, se pueda continuar dirimiendo los estigmas que surgen en torno a la población VIH positiva, apostando por un escenario inclusivo y por qué no, justo.

Es por esto que en el trabajo en cuestión se ha decidido ir más allá del principalísimo clásico del cual surge la bioética y se toma como referente a Michael Sandel y su Teoría de Justicia para identificar aportes que podrían implementarse en la discusión del trasplante de órganos de una persona seropositiva viva a una persona seronegativa. De tal manera que se pueda plantear y abordar el objetivo principal de analizar desde la propuesta de justicia de Michael Sandel, el trasplante de órganos sólidos proveniente de donantes seropositivos vivos a receptores seronegativos, así como los siguientes objetivos específicos:

- Resaltar antecedentes históricos de la evolución de los trasplantes de órganos en relación con la población seropositiva.
- Revisar el cambio de paradigma en torno al VIH de enfermedad aguda a enfermedad crónica.

- Realizar aportes desde la Teoría de Justicia propuesta por Michael Sandel para la consideración de oportunidades que permitan el trasplante de órganos entre un donante seropositivo vivo a un receptor seronegativo.

## **Antecedentes históricos**

Los trasplantes de órganos y tejidos son ofrecidos por el equipo médico como alternativa terapéutica cuando un paciente tiene una enfermedad progresiva con un daño irreparable, ya que con ellos se busca prolongar y mejorar la expectativa y calidad de vida del paciente. Con este procedimiento se busca que el órgano o tejido dañado sea reemplazado por un órgano o tejido sano con el fin de recuperar las funciones vitales. Es decir, se extirpan los órganos sanos y funcionales de un organismo y posteriormente se introducen en otro organismo (Merck & Co, 2022). Estos órganos se consiguen a partir de la donación, un acto altruista, voluntario y desinteresado; un proceso que implica la participación de un donante y un receptor. Enmarcado en el contexto colombiano, el primero es definido como una persona a la que durante su vida o después de su muerte, a partir de su expresa voluntad o la de sus deudos, se le extraen los componentes anatómicos con el fin de utilizarlos en otra persona con objetivos terapéuticos; mientras que el segundo, el receptor, es aquella persona en cuyo cuerpo se trasplantan o implantan los componentes anatómicos (Ministerio de la Protección Social, 2004).

En el caso de los donantes que pueden estar o no emparentados con el receptor, se resaltan dos tipos: el donante fallecido, algunas veces también conocido como donante cadavérico, que corresponde a quién ha fallecido bien sea por muerte encefálica o por cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias, y el donante vivo que es:

Aquella persona que conoce con certeza la totalidad de los riesgos que puedan generarse dentro del procedimiento y que cumpliendo los requisitos establecidos en el presente decreto (Decreto 2493 de 2004) efectúa la donación en vida de aquellos órganos o parte de ellos, cuya función es compensada por su organismo de forma adecuada y segura (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Para que un procedimiento de este tipo pueda realizarse debe haber un acuerdo entre partes, es decir, un consentimiento informado para donación, trasplante o implante; esto representa la manifestación de voluntad proveniente de aquella persona que desea que los órganos sean removidos de su cuerpo o el deseo

del receptor para someterse a un procedimiento recibiendo un componente anatómico de alguien más. Se busca que este consentimiento sea emitido de una forma libre y expresa, luego de haber recibido y entendido la información relativa al procedimiento que debe practicarse, sus riesgos y sus beneficios (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Los recuentos históricos realizados por el Doctor Jaime Restrepo (1990) y por el Doctor Cesar Augusto Giraldo (1990) profesores de la Universidad de Antioquia, exponen que en Colombia el trasplante de órganos ha sido implementado desde el año 1966 cuando se realizó el primer trasplante de riñón en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá y su regulación se ha dado en el país desde el año 1979 con el surgimiento del Código Sanitario Nacional, el cuál en sus inicios sólo avalaba que los órganos para trasplante fuesen provenientes de una persona fallecida. Dicho código también conocido como la Ley 9 de 1979 indicó que el Ministerio de Salud debía reglamentar la donación entre personas vivas, y en consecuencia surgieron los primeros decretos. Para el año 1988 se sancionó la Ley 73 que ordenaba que para proceder con el uso de un órgano o componente anatómico debía existir el consentimiento del donante, el receptor, los deudos, haber abandono legal del cadáver o presunción legal de donación. Algunas décadas después, con el Decreto 2493 de 2004 surgió una reglamentación parcial de ambas leyes en relación la obtención, donación, preservación y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de éstos en seres humanos (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Tal progreso en el marco normativo, así como los avances en medicina en cuanto al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, permitió que los trasplantes como alternativa terapéutica fuesen ofrecidos e implementados de manera más frecuente en el país; información que es respaldada por los reportes de los últimos años del Instituto Nacional de Salud, encargado de hacer seguimiento al tema en Colombia. En los últimos años se muestra una práctica constante en trasplantes de órganos sólidos: riñón, hígado, páncreas, pulmón, corazón e intestino, provenientes tanto de donante fallecido como de donante vivo. Para el año 2018 se registraron

1.184 trasplantes de órganos (Instituto Nacional de Salud, 2019); para el año 2019 se presentó un aumento de la cifra con el reporte de 1.303 trasplantes (Instituto Nacional de Salud, 2020); en el año 2020, durante la pandemia por Covid-19 se ejecutaron 800 trasplantes (Instituto Nacional de Salud, 2021), y cómo últimos datos reportados a la fecha de elaboración de este trabajo, se tienen las cifras del año 2021, del periodo de enero y junio, con un total de 393 trasplantes de órganos sólidos (Instituto Nacional de Salud, 2021).

Sin embargo, a pesar de verse reflejada la acogida de esta práctica en el país, al revisar los reportes se identificaron dos problemas: el primero de ellos está relacionado con un problema global de insatisfacción de la demanda, pues al finalizar el año 2018, se reporta que 2.778 personas no recibieron el trasplante que necesitaban (Instituto Nacional de Salud, 2019); en 2019 a pesar de los 1.303 trasplantes realizados, aún permanecían en lista de espera 3.038 personas (Instituto Nacional de Salud, 2020); para finales del año 2020, el número de receptores en lista de espera fue de 2.995 personas (Instituto Nacional de Salud, 2021) y para junio de 2021, la cifra llegó a 3.098 personas (Instituto Nacional de Salud, 2021). De igual manera, en el transcurso de estos años, la suma de receptores fallecidos en lista de espera fue de 648 personas. El caso colombiano, es solo un ejemplo de un panorama común en diversos países, dónde pueden pasar varios años para acceder a un órgano o fallecer a la espera de uno.

El segundo problema identificado está relacionado con la ausencia de datos en cuanto a participación de población VIH positiva en estos procesos, entendiéndose que una persona VIH positiva o seropositiva es aquella persona que ha sido detectadas con presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin haber desarrollado aún el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que corresponde a la fase más avanzada de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2023). En los informes no hay datos discriminados para confirmar su participación, no hay registros o reportes, al menos a la luz pública que permitan información o datos específicos. Sin embargo, gracias a información proveída por personal de la Red de Trasplantes que funciona en el país, se confirmó que en los

algoritmos que implementan para la asignación y distribución de órganos entre donantes y receptores, sí está incluida la caracterización para la identificación de la condición serológica de los pacientes. Se confirmó que el uso de órganos de donante fallecido con VIH no se considera posible en el caso colombiano, debido a que no se cuenta con las herramientas que permitan tener una tipificación virológica del donante y el receptor a tiempo, para no exceder el tiempo permitido de isquemia fría del órgano a trasplantar. De igual manera, fue comentado que la participación de esta población es baja por causas como el desconocimiento del proceso de donación, el estigma ejercido históricamente sobre el grupo poblacional y el auto estigma que se generan los pacientes portadores del virus.

Habiendo dicho esto, y dejando a un lado la posibilidad del trasplante de órganos proveniente de una persona fallecida seropositiva, aún quedan tres escenarios en los que se da paso a la participación de la población con VIH en el trasplante de órganos sólidos:

1. Donante seronegativo a receptor seropositivo
2. Donante seropositivo a receptor seropositivo
3. Donante seropositivo a receptor seronegativo

En el primer caso, aunque no es una práctica frecuente ni establecida regulatoriamente, en Colombia ya se cuenta con un precedente, en dónde un donante seronegativo deseó otorgar un órgano a un receptor seropositivo. Esto sucedió en el año 2007, siendo un caso pionero el Hospital San Ignacio de Bogotá, dónde se realizó un trasplante renal a un paciente con infección de VIH detectada desde 1995 que había sido tratado con terapia antirretroviral desde el año 2001. El órgano proveniente era de su hermana, quién no era portadora del virus. Este trasplante se consideró exitoso pues el seguimiento realizado mostró que no hubo rechazo al órgano, infecciones oportunistas, ni complicaciones cardiovasculares, y se logró dar manejo con Terapia Antirretroviral para lograr un óptimo control virológico e inmunológico post - trasplante (García, y otros, 2015).

En la segunda situación mencionada, no se encuentran antecedentes en Colombia de intervenciones de trasplante entre personas seropositivas, pero otros países como Sudáfrica y Estados Unidos sí se ha dado paso a esta consideración, dejando ver que, al tener un donante seropositivo y un receptor en la misma condición, hay un camino que se puede seguir, incluso permitiendo que la consideración de planteamiento de listas de órganos para trasplante entre personas seropositivas sea algo factible. Inicialmente, en Sudáfrica no era aceptado por la comunidad médica que las personas con VIH fueran receptores de órganos a pesar de la prevalencia del virus en la población. Las preocupaciones surgían en torno a que una persona VIH positiva consumiera un recurso escaso y a que su condición les hace susceptibles a infecciones oportunistas graves durante el periodo de inmunosupresión que puede llevar la progresión del VIH (Muller & Barday, 2018). Sin embargo, para el año 2008, en Ciudad del Cabo, los cirujanos del Hospital Groote Schurr liderados por la Dra. Elmi Müller decidieron trasplantar los riñones de una persona fallecida infectada con VIH a otras dos personas también seropositivas de manera exitosa, al considerar que muchos pacientes portadores del virus no podían acceder ni en principio a tratamientos de diálisis, y las listas de espera para quienes no eran portadores del virus eran extensas, por tanto, aquellos infectados tampoco podrían llegar a acceder a un órgano (Muller & Barday, 2018).

Siguiendo esta línea, cinco años después, en 2013 la Red para la Adquisición y Trasplantes de Órganos “OPTN” de Estados Unidos, por sus siglas en inglés (Organ Procurement and Transplantation Network), realizó un llamado exigiendo la publicación de los criterios de investigación relacionados con el trasplante de órganos con VIH en personas con la misma condición (OPTN. Organ Procurement & Transplantation Network, s.f.). Y siete años después, para noviembre de 2015, la OPTN formalizó los cambios a la reglamentación del National Organ Transplant Act (NOTA) de 1984, con la implementación de política HOPE (HIV Organ Policy Equity), que permitía el trasplante de órganos, principalmente de hígado y riñón, de donantes VIH positivos a receptores VIH positivos en el marco de la investigación clínica. Inicialmente la OPTN regulaba los trasplantes en el país y desde la implementación de NOTA en 1984 no había tenido actualizaciones, más allá de la realizada en 1988,

dónde se prohibía que las personas seropositivas participaran de este tipo de procedimientos. Con la nueva ley HOPE se consideró que los órganos de personas infectadas con VIH pudiesen trasplantarse a aquellas personas que, antes de recibir los órganos, también estuviesen infectadas con el virus (National Library of Medicine, 2015) y no solo se dio consideración a donantes de órganos vivos sino también al aprovechamiento de órganos de personas fallecidas en un marco de protección y seguridad del paciente, permitiendo la evaluación de la seguridad del trasplante de órganos entre donantes y receptores con VIH.

Por último, en cuanto a la tercera situación, al hablar de un trasplante entre personas serodiscordantes, considerar un órgano de un donante seropositivo para ser trasplantado a un receptor seronegativo representa un campo poco abordado, que ha sido dejado a un lado por la comunidad médica, principalmente por el riesgo que implica para el receptor del órgano adquirir el virus, y el hecho de que a su tratamiento post-trasplante se le deba adicionar una terapia antirretroviral de por vida. En este punto, entra en juego una discusión de ser permisivo o promover la propagación de la enfermedad en tiempos donde hay una lucha constante por evitarlo, pero, en consecuencia, también se deja a un lado la consideración de poder prolongar una vida humana. No se da oportunidad al ofrecimiento del trasplante, incluso si a pesar de que un donante seropositivo voluntario, con un órgano en óptima condición y carga virológica controlada e indetectable quisiese dar su órgano a un receptor seronegativo que, plenamente informado y consiente de los riesgos, aceptase recibirlo.

Referente a esta situación, a nivel mundial, sólo se ha presentado un caso de trasplante de un donante seropositivo a un receptor seronegativo, sin embargo, el receptor fue una persona incapaz de dar su consentimiento o ponderar riesgos y beneficios. Para el año 2017, en Sudáfrica, se realizó un trasplante de hígado de donante vivo, de una madre seropositiva a su hija seronegativa de 13 meses quién había sido diagnosticada con atresia biliar y se encontraba en lista de espera para un trasplante de hígado de donante fallecido, sin embargo, mientras se encontraba en lista de espera la menor sufrió numerosas complicaciones potencialmente mortales

(Etheredge, y otros, 2019). A la fecha de este suceso, en Sudáfrica ya se les permitía donar órganos a portadores de VIH, pero en aquellos casos dónde el receptor tuviera serología discordante, no se les consideraba como donantes potenciales, debido al riesgo de transmisión del virus. Sin embargo, dado que la condición de la menor siguió deteriorándose en los meses que permaneció en lista de espera, los médicos se enfrentaron a la difícil decisión de elegir entre la muerte de la niña o aceptar el órgano infectado proveniente de su madre.

Realizar el procedimiento dependió del aval del comité de ética de la institución, en dónde se ponderaron los riesgos y beneficios de la intervención ya que, por una parte, el trasplante representaba un beneficio directo para la niña receptora, pues podría salvar su vida, mientras que el riesgo principal era la posibilidad de infección con VIH posterior al procedimiento, lo cual podía ser manejable con terapia antirretroviral, pero por otra, el ejecutarlo en un menor de edad ponía en juego la autonomía del paciente (Etheredge, y otros, 2019). Es a partir de esto que, con la ejecución del procedimiento por parte del personal Hospital Wits Donald Gordon Medical Centre, se abrió paso a una alternativa para enfrentar el desafío de escasez de donantes de órganos y así mismo, un camino de discusión para que el argumento de rechazo de donantes vivos seropositivos a receptores seronegativos basado en el estigma o la expectativa de vida pierda fuerza, más aún cuando se confirmó que la donante tenía supresión de su carga viral y luego de 21 meses después del procedimiento, la menor aún permanecía con estado serológico indeterminado (Etheredge, y otros, 2019).

## **Cambio de Paradigma: de enfermedad aguda a enfermedad crónica**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta los linfocitos T CD4 del sistema inmunitario, que ayudan al organismo a luchar contra las infecciones, mientras que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un término aplicado a fases avanzadas de la infección por VIH, que se caracteriza por el surgimiento de infecciones oportunistas potencialmente mortales. Así mismo, la OMS señala que el SIDA fue una característica definitoria de los primeros años de la epidemia del VIH, antes de que aparecieran las terapias antirretrovirales (TAR) y resalta que en la actualidad cuando una persona se ha adherido al tratamiento, las cantidades del virus presentes en su organismo pueden llegar a niveles tan bajos que no pueden detectarse mediante pruebas normales de carga viral, es decir, pueden llegar a niveles indetectables (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Esta claridad es necesaria para abordar el cambio de perspectiva que se ha tenido en torno al VIH y al paciente seropositivo. En el documento de *Ética en el Paciente VIH*, Diego Gracia en el capítulo *Ética del SIDA* (2005), expone cómo la preocupación ética en torno a la enfermedad estuvo marcada por dos periodos de tiempo: un primer periodo correspondiente a la década de los años 80's en dónde surgieron los primeros diagnósticos, se investigaba la historia natural de la enfermedad en medio de una latente alarma social ante la falta de tratamiento, la evolución y velocidad de propagación del virus, pues aquellas personas que llegaban a desarrollar SIDA, tras el periodo de incubación, morían al poco tiempo.

Posteriormente, tras ser considerada una enfermedad aguda y epidémica, se presentó un segundo periodo en marcado en los años 90's dónde hubo un cambio de concepción y se empezó a considerar el VIH como una enfermedad endémica de carácter crónico. Esta década estuvo marcada por el desarrollo del tratamiento farmacológico con Terapia Antirretroviral- de Gran Actividad (TAR-GA) que permitió disminuir la viremia de los infectados, lo cual modificó su consideración hacia una enfermedad crónica y permitió ir disipando miedos de la década anterior (Gracia, 2005). Esta Terapia antirretroviral (TAR) es un tratamiento que consiste en una

combinación de fármacos para potenciar su efecto y reducir la probabilidad de desarrollar resistencia al virus e ir suprimiendo su replicación, reduciendo, la mortalidad y la morbilidad de las personas infectadas (OPS, s.f.).

Al igual que Gracia, Javier Barbero Gutiérrez en el documento mencionado, dedicó el capítulo *Bioética global. SIDA, primer y cuarto mundo: El fracaso del éxito*, a proporcionar una contextualización de los desafíos generados con el cambio de paradigma gracias a los avances obtenidos en la década de los 90's y el paso hacia la cronicidad. Barbero (2005), empezó a denominar el VIH-SIDA como una *enfermedad moral*, cuya causa estaba determinada por una conducta, una manera de comportarse, la cual surgió por la forma en que la población fue recibiendo la información en torno a las formas de transmisión del virus, más que todo porque se cayó en el sesgo de considerar que una persona que mantuviese conductas de riesgo a pesar de al tener información sobre las formas de transmisión del virus, era una persona responsable de su enfermedad:

Toda enfermedad moral, como pueden ser las enfermedades de transmisión sexual (ETS) o el alcoholismo, acaba siendo considerada como social, esta como vergonzante y se termina generando una búsqueda de chivos expiatorios, cayendo en la típica dinámica de "caza de brujas" que persigue más buscar culpables que encontrar soluciones sociales (Barbero Gutierrez, 2005, pág 28).

Y debido a que las reacciones sociales que ha generado la infección por VIH están ancladas en prejuicios y en miedos, que repercutieron en un estigma social que aún perdura, Barbero defiende y hace una invitación al uso de la racionalidad para hacer un juicio ético ponderado basado en los valores y no en miedos o en estereotipos para iniciar el camino hacia la implicación y acción de la sociedad de manera activa, mismo juicio que a la luz de este trabajo, se reconoce como necesario para avanzar en temas de involucramiento de la población seropositiva en el trasplante de órganos.

...Por ello, desde un enfoque de racionalidad, la primera premisa que necesitamos para intervenir de un modo coherente es integrar y reivindicar el estatus de afectados para todos los intervinientes y en clave de postura ideológica y de relación. Soy un

afectado, porque soy un ciudadano, a mí me afecta que exista el VIH, sus repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, su manera de convivir con él, etc. Y desde ahí, tengo responsabilidades (Barbero Gutierrez, 2005, pág 53).

Adicional a estos dos acercamientos, la concepción de cronicidad del VIH se ha visto reforzada en el segundo milenio, con el avance en el manejo clínico y el tratamiento antirretroviral que ha permitido que una persona detectada con Virus de Inmunodeficiencia Humana pueda llegar a tener una carga viral “Indetectable” cuando hay una correcta adherencia al tratamiento, evitando que el virus se replique o sea transmisible y de igual manera, que su esperanza de vida se prolongue.

Un estudio realizado en España, presentado en el XII Congreso del Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) contó con datos clínicos de 14.194 personas infectadas con VIH, mayores de 20 años que iniciaron el tratamiento antirretroviral entre el primero de enero de 2004 y el 31 de noviembre de 2019 permitiendo concluir que las personas portadoras de VIH que inician el tratamiento con antirretrovirales cuando hay un recuento de T CD4 elevado pero sin diagnóstico de SIDA, llegan a tener una esperanza de vida aproximada a la de la población general. La población fue agrupada en dos conjuntos para comparar los datos. Un grupo correspondía a personas que iniciaron el tratamiento con antirretrovirales entre los años 2004 y 2013, y el segundo grupo fue de quienes iniciaron tratamiento entre 2014 y 2019 (Jarrín, 2022). El estudio produjo data que permitió corroborar que en los hombres que iniciaron tratamiento en el período de 2004 a 2013, la esperanza de vida fue de 68,7 años; siendo 11,1 años menos que en los hombres de la población general; y que la esperanza de vida aumentó hasta los 73,0 años en los hombres que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el periodo 2014-2019, reduciendo la diferencia con los hombres de la población general hasta los 8,2 años. Así mismo, en las mujeres que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el período de 2004 a 2013, la esperanza de vida fue de 68,2 años; siendo 17,2 años menos que en las mujeres de la población general. La esperanza de vida aumentó hasta los 72,3 años en las mujeres que iniciaron el tratamiento antirretroviral los años de 2014 a 2019, reduciéndose la diferencia con las mujeres de la población general hasta los 14,1 años (Martinez, 2022).

Dado lo anterior, al verse un panorama en dónde se ha trabajado continuamente por la población seropositiva desde diversas esferas, soportado por el progreso clínico, se busca encaminar el planteamiento del trasplante de órganos proveniente de una persona seropositiva viva a una persona seronegativa teniendo en cuenta las circunstancias que rodean a los implicados, clínicas y sociales, así como el propósito de la acción, es decir, encaminar la discusión hacia la aplicación de una visión ética con enfoque teleológico, para abordar las discrepancias que surjan dado un cada caso particular dónde se permita la consideración de esta alternativa.

## Consideración de justicia

En general, la cuestión ética que rodea el tema del trasplante de órganos en población seropositiva parte del mismo principio que en la población seronegativa, los órganos son bienes escasos, que deben ser asignados y distribuidos de una forma justa. Necesitar un órgano, desear tenerlo e incluso tener medios económicos para solventar los procedimientos no dan garantía sobre la disponibilidad del órgano ni sobre el tiempo que tomará su asignación, por lo que para velar por una asignación y distribución justa se han ido diseñando sistemas que tienen en cuenta aspectos clínicos, de ubicación territorial, así como listas de prioridad de urgencia entre los pacientes para cuando se reporte un órgano disponible. En términos generales, como indica Holm (2021), los órganos son escasos, son recursos no fungibles y sus decisiones de asignación deben hacerse respecto a cuál de los múltiples pacientes que necesitan un órgano debería tener prioridad cuando haya una disponibilidad, por lo que esta decisión de asignación significará que algunos pacientes recibirán un órgano que prolongará su vida, mientras otros podrán nunca recibirlo y fallecer mientras esperan en lista.

Desde el punto de vista del donante vivo, el trasplante de órganos se plantea como éticamente aceptable, según Juan Tovar (1996), cuando se dan circunstancias tales como:

1. Preeminencia del principio de beneficencia sobre el de no maleficencia: La donación solamente es aceptable si los beneficios esperables del trasplante (preservación de la vida, mejora de su calidad) exceden los riesgos y las siguientes condiciones: Tiene que ser la única alternativa; tiene que haberse contrapesado cuidadosamente el beneficio esperado contra los posibles riesgos y, se tienen que ofrecer al donante las mejores condiciones técnicas en la realización del procedimiento (Tovar, 1996, pág. 84).
2. Respeto al principio de autonomía: el donante debe ser adulto y capaz de decidir por sí mismo y sin presión alguna, lo cual solo es posible si se

proporciona una información exhaustiva sobre los beneficios, riesgos de complicaciones para él y el receptor, y su decisión se debe hacer constar por escrito un consentimiento informado. (Tovar, 1996, pág. 85)

3. Respeto al principio de justicia: partiendo del principio dónde todos somos iguales y se tiene el mismo derecho a la preservación de la salud, se presenta la prohibición por ley de las donaciones remuneradas, y se debe tener en cuenta que la donación es un acto altruista donde la comercialización de órganos es inaceptable (Tovar, 1996, pág. 86)

Inicialmente una persona con VIH no era considerada para proceso de trasplante, ni como donante ni como receptor, por motivos expuestos anteriormente: desconocimiento de la enfermedad, del tratamiento, el estigma social, la expectativa de vida que tenían estos pacientes antes del tratamiento con antirretrovirales, pues rápidamente transcurrían hacia el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o fallecían por cuadros de infecciones oportunistas, y por supuesto, la lucha en contra de la propagación de la enfermedad entre la población. Se podría hablar de otros limitantes poco mencionados pero existentes como lo son los costos que implica para los sistemas de salud proveer tratamiento a portadores del virus, costos para el mantenimiento de un paciente trasplantado y los costos de un proceso de trasplante. Sin embargo, no se le resta importancia a este aspecto, pero se deja a un lado la consideración del factor monetario en este documento ya que independientemente del país y las coberturas de sus respectivos sistemas de salud, la participación en procesos de trasplante presenta una constante de exclusión en esta población.

Ahora bien, la medicina ha avanzado, la situación en torno al paciente infectado con VIH ha cambiado, el tratamiento de la enfermedad ha evolucionado al igual que las técnicas para trasplante por lo que se esperaría que en términos de justicia también se pudiera avanzar. Como se ha mencionado anteriormente, ha surgido información clínica y opiniones médicas que afirman que la expectativa de vida de un paciente seropositivo con una adecuada adherencia a su tratamiento puede ser igual a la de un paciente seronegativo, dado que el control de las cargas virales en estos pacientes puede llegar a niveles indetectables. Es por esto por lo

que surge la curiosidad de por qué no permitir que aquella persona cuya vida depende de la disponibilidad de un órgano, pueda decidir asumir el riesgo de, posiblemente, infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana para prolongar su vida (lo cual aún no es un riesgo cien por cien confirmado), teniendo conocimiento de que a la fecha hay tratamiento para esta enfermedad y posibilidad de control de propagación de la misma.

El principalísimo bioético plantea unos principios fundamentales que deberían ser pilares al tomar decisiones en este tipo de situaciones. Si bien, por los motivos anteriormente mencionados puede que hayan quedado rezagados en la discusión de una donación de un órgano de una persona seropositiva a una persona seronegativa, se convierten en un paso inicial para el abordaje del tema desde la autonomía, no maleficencia y beneficencia (Beauchamp & Childress, 1999), pero queda un poco corto en su alcance de justicia, por lo que se hace necesario profundizar un poco más desde otra perspectiva. En primer lugar, al considerar esta posibilidad de trasplante, se actuaría en términos de beneficencia, puesto que se buscaría promover el bienestar del paciente, brindando una alternativa terapéutica cuando se considere que esta puede prolongar o salvar una vida, y, por ende, generar bienestar. Por ejemplo, imaginemos el caso de un paciente con urgencia cero, un paciente que ya se encuentra en falla orgánica y cuya vida depende del trasplante inmediato. Seguidamente, se tiene un principio de no maleficencia, “Primum non nocere”, que puede ser interpretado como el no generar daño intencionalmente, incluso si se considerara el riesgo de contraer VIH como consecuencia del trasplante, a pesar del riesgo existente, el objetivo del procedimiento no es el contagio, es la prolongación de la vida y generar bienestar, teniendo en cuenta que el manejo terapéutico no culmina con el reemplazo del órgano sino que continuaría con el tratamiento post - trasplante y por ende con el tratamiento para el manejo de cargas virales. Con esto, se daría paso a una libertad de elección de la persona receptora del órgano sobre su propio cuerpo, procurando que al promover ciertas condiciones como lo son la información completa de riesgos y beneficios, la garantía de acompañamiento médico y tratamiento (que fundamentan un proceso de consentimiento informado) se pueda llevar a cabo una elección,

dando paso al ejercicio de la autonomía; mismo principio que aplicaría para el donante al decidir dar su órgano conociendo los posibles riesgos en su salud. Por último, este contexto permitiría tener una visión de justicia general al contemplar que al individuo receptor se le está brindando la posibilidad de un tratamiento y al donante la posibilidad de participar del proceso, sin embargo, al momento de la discusión, su implementación la aceptabilidad ética dado el contexto, queda truncada.

Se ha avanzado con el derrumbamiento de barreras legales que impedían que la población infectada participara del proceso de trasplante y si bien, en términos de recibir un órgano, el paciente seropositivo, al igual que el seronegativo, no tiene certeza que será acreedor a uno, si se podría llegar a tener certeza de que podrá ser participe del proceso como donante si fuere necesario y así lo quisiese, al igual que el resto de la población. Varios años trascurrieron para que se permitiera el trasplante entre personas infectadas con el virus, sin embargo, cuando se habla del sujeto infectado como donante de órganos la situación se complejiza por lo que se necesita ir más allá del principalísimo clásico y tener un abordaje con un enfoque adaptado a la época, al menos, en términos de justicia, es por esto que se recurre a Michael Sandel y su Teoría de Justicia para visualizar un camino dónde se permita a la población VIH involucrarse como donante, en dónde los miembros de la comunidad que rodea a los principales involucrados, juega un papel importante.

Michael Sandel es un filósofo político estadounidense autor del libro *Justicia: ¿Hacemos lo que debemos?*; es un profesor de la universidad de Harvard, quién plantea una visión de justicia que deja a un lado las posturas tradicionales para proponer un enfoque comunitarista alineado al contexto actual, buscando que en situaciones dónde no hay un consenso, se permita que los miembros de la sociedad se involucren, deliberen y tomen una decisión ante la problemática, ya que al ser miembro de una comunidad, se da la existencia de un sentido de responsabilidad y por ende, un sentimiento de solidaridad entre sus miembros.

Para Sandel (2022) cada miembro de la sociedad está ligado a ataduras morales y, por ende, a obligaciones morales y políticas entre las que se encuentran

obligaciones que dimanen de la solidaridad, la lealtad, la memoria histórica e incluso la fe religiosa, puesto que surgen de las comunidades y tradiciones que moldean nuestra identidad. Para este autor existen unas obligaciones de solidaridad o de adscripción que son particulares, no son universales, que comprenden las responsabilidades morales que tenemos con aquellos con quienes se comparte cierta historia, y cuyo peso moral deriva de los aspectos de la reflexión moral, que responden a la situación en particular, pues se reconoce que la historia de cada vida tiene una relación con la de los otros miembros de la comunidad.

En términos de Justicia, Sandel (2022) identifica que se pueden presentar tres enfoques, sin embargo, sólo considera uno válido para su abordaje. En primer lugar, hay una concepción de justicia que corresponde a maximizar la utilidad o el bienestar, representada en la mayor felicidad para el mayor número. En segundo lugar, se presenta la justicia concebida como el respeto por la libertad de elegir; y, en tercer lugar, expone la existencia de una justicia fundamentada en cultivar la virtud y razonar sobre el bien común. Sandel rechaza las primeras dos, la corriente utilitarista y el liberalismo. Aquella que corresponde a un enfoque utilitarista es rechazada por hacer de la justicia y de los derechos una cuestión de cálculo, no de principios, y por intentar traducir los bienes humanos a una medida uniforme de valor sin tener en cuenta las diferencias cualitativas entre ellos (Sandel, 2022). De igual manera, rechaza las teorías basadas en la libertad y el ejercicio de elección, porque a pesar de que entre ellas coinciden en que ciertos derechos son fundamentales y deben ser respetados, son teorías que no exigen que se cuestionen las preferencias y deseos con los que se participa en la vida pública. Para Sandel, no se llega a una sociedad justa sólo maximizando la utilidad, o garantizando la libertad de elección, sino que se hace necesario razonar sobre la vida buena y crear una cultura pública que acoja las discrepancias que inevitablemente puedan surgir (Sandel, 2022).

Dado lo anterior, se recurre a Sandel en la medida que, para poder lograr un cambio en la consideración de la población seropositiva como donante vivo de órganos, dirigidos a una población seronegativa, se necesita en primer lugar, continuar dirimiendo las barreras creadas por el histórico estigma social hacia la

población seropositiva; siguiendo con el reconocimiento de que tanto personas portadoras del virus como aquellas que no lo son, son miembros de una comunidad, lo que por transitividad daría paso a la presencia del principio de solidaridad y de obligaciones entre los relacionados, las cuales deben ser tenidas en cuenta cuando haya una situación controversial que involucre a varias partes, para poder hablar en términos de justicia. Tal como expresa el autor:

Las obligaciones de la solidaridad y de ser parte de algo apuntan tanto hacia fuera como hacia dentro. Algunas de las responsabilidades dónde en particular habito puede que las tenga ante quienes son miembros de ellas como yo. Pero otras las tengo ante aquellos con los que la historia de mi comunidad ha sido moralmente insufrible (Sandel, 2022, pág 266).

Si al día de hoy hubiere un donante que voluntariamente manifiesta el deseo de proveer su órgano y el receptor, plenamente informado de la condición quisiera y aceptase recibirlo, no se podría ejecutar el proceso sin limitantes por terceras partes, puesto que más allá de lo clínico, hay implícita una discusión ética. Recibir un órgano de una persona infectada puede ser una oportunidad, especialmente para aquellos que han estado mucho tiempo en listas de espera y puede ser una alternativa cuando no hay otra opción, pero la autonomía y la libertad de elección no bastan, como expone Sandel, para justificar el proceder y, por ende, no son suficientes para justificar el derecho a recibir un órgano infectado con VIH.

En el único caso que se ha presentado a nivel mundial en Sudáfrica, dónde una madre dona parte de su hígado a su hija de poco más de un año, se dio porque el comité de ética lo aprobó bajo los auspicios de la sección 37 de la Declaración de Helsinki (Etheredge, y otros, 2019) de 2013 que establece:

37. Cuando en la atención de un paciente las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa

información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público (AMM; Asociación Médica Mundial, 2013).

Esto creó un precedente, respaldado por las condiciones en que se encontraba la madre infectada con el virus que incluyó haber tenido supresión de carga viral del VIH al menos 6 meses antes de la donación, tener un recuento de células CD4+ superior a 200 células/ $\mu$ l, no tener infección activa por tuberculosis ni enfermedades malignas o infecciones oportunistas asociadas al VIH (AIDS, 2018). Pero a diferencia de este único caso, lo que se propone es que adicionalmente, se acuda a la obligación de solidaridad para evaluar la posibilidad de ofrecimiento de esta alternativa en población adulta, la cual, según la necesidad del caso, tras recibir información completa sobre el estado del órgano, posibles riesgos y beneficios sobre la salud, pudiera desarrollar un juicio, decidir sobre la alternativa y plasmarlo mediante un consentimiento informado.

Si bien, para el donante esto podría verse como un acto valioso de benevolencia y altruismo (Thornton, 2021) y para el receptor como una oportunidad de vida, para poder ejecutarlo sería necesario acudir, como expresa Sandel, a una política del bien común y a pensar en el otro, por lo que se hace necesario traer a consideración los siguientes puntos del autor en cuestión al hablar en términos de justicia:

1. Ciudadanía, sacrificio y servicio: Si una sociedad justa requiere un intenso sentimiento comunitario, tendrá que encontrar una forma de cultivar en los ciudadanos una preocupación por el conjunto, una dedicación por el bien común. No se puede ser indiferente a las actitudes y disposiciones, a los “hábitos del corazón” que los ciudadanos llevan consigo a la vida pública (Sandel, 2022, pág 298).

Se hace necesario pensar en el otro. Pensar tanto en la persona que sufre a medida que se deteriora su salud mientras está en una lista de espera, llegando incluso a un nivel de urgencia cero; como en la persona que tiene la disposición para dar parte de su cuerpo a la causa, de manera altruista, por los motivos que fuere. Es decir, es necesario que haya una búsqueda del bien común, permitiendo cultivar la solidaridad y el sentimiento de mutua responsabilidad, lo cual hace parte de una virtud cívica.

2. Límites morales a los mercados: Las problemáticas actuales no se pueden limitar sólo a problemas sobre la utilidad o proveer consentimiento. Debemos preguntarnos qué normas ajenas al mercado queremos proteger de la intromisión de este ya que llevar una actividad social al mercado puede corromper o degradar las normas que la definen (Sandel, 2022, pág 300).

Desde un punto de vista utilitarista, un intercambio voluntario que hace que dos partes estén mejor sin perjudicar al otro, permitiría justificar un trasplante de esta magnitud, pero no sería suficiente. De igual manera, no se podría acudir a una posición basada en la libertad de elección o pura autonomía puesto que es una situación en dónde el receptor del órgano no tiene múltiples opciones para elegir. Y, debido a que hay bienes que el dinero no puede o no debe comprar así como a que no son sólo dos partes involucradas en el proceso, Sandel recomienda saber sobre las circunstancias que rodean la situación para así poder reflexionar en términos de solidaridad, del bien común y poder determinar si la acción a realizar es justa.

3. Desigualdad, solidaridad y virtudes cívicas. En términos económicos, como lo aborda Sandel (2022), una brecha de desigualdad socava la solidaridad que la ciudadanía democrática requiere, en sus palabras:

El vaciado de la esfera pública dificulta que se cultiven la solidaridad y el sentimiento comunitario de los que depende la ciudadanía democrática. Por lo que aparte de las consecuencias que se puedan generar en términos de utilidad y de consentimiento, la desigualdad puede corroer las virtudes cívicas (Sandel, 2022, pág 303).

Es por esto por lo que se hace necesario que la comunidad se involucre en temas como la escasez, el trasplante de órganos y la consideración de la persona VIH positiva como posible donante puesto que no se puede ser indiferente a la situación. Si bien se generó un sentimiento comunitario por temor a la propagación de la viremia por VIH y se consideró proveer tratamiento con terapia antirretroviral a cualquier persona infectada por el virus como parte de las políticas de salud pública de diversos países, se invitaría a cultivar la solidaridad y el sentimiento comunitario partiendo de que ahora el VIH es una enfermedad crónica, y de que no hay garantía de que cada uno, miembro de una comunidad,

esté exento a necesitar un órgano y ser parte de un proceso de lista de espera en el corto o largo plazo, es decir, no hay exención de que el lector, el escritor de este texto o algún familiar, conocido, amigo o miembro de la comunidad que le rodee, pueda llegar a requerir un órgano.

4. Una política del compromiso moral: Los ciudadanos de las sociedades pluralistas discrepan sobre la moralidad y la religión. Sandel comenta que si bien, no es posible que el Estado sea neutral en las discrepancias, si es posible guiar las acciones políticas por la vía del respeto mutuo, pero se necesita que haya una vida cívica más robusta y comprometida.

Una política basada en el compromiso moral no solo es un ideal que entusiasma más que una política de la elusión. Es también un fundamento más prometedor a una de una sociedad justa (Sandel, 2022, pág 304).

Con estos cuatro puntos se resalta que no se busca reflexionar directamente sobre el valor moral de la elección de aquél que decidiese recibir el órgano, sino más que todo invitar a reflexionar sobre el derecho de aquellos necesitados por un órgano, a escoger. Lo cual va directamente vinculado al hecho de poder generar la oportunidad para ofrecer la alternativa, para que los receptores hagan tal elección, reconociendo que, si terceras partes fuesen neutrales en este tipo de situaciones, no se encontraría razón moral para impedirlo. Debido a que todos nos encontramos vinculados a un entorno social, y hacemos parte de una comunidad, se podría generar un camino para liberar de carga moral la decisión de permitir o no proceder.

Cómo menciona Sandel (2022), no siempre es posible definir nuestros derechos y deberes sin abordar las cuestiones morales que los rodean, por lo que para juzgar la moralidad de cualquier acción es necesario no emitir juicio sin antes ver cuál es el propósito de la acción:

En los últimos decenios se ha llegado, en algunas situaciones a dar por sentado que respetar las convicciones morales y religiosas de los ciudadanos significa ignorarlas, dejarlas en paz y llevar la vida pública sin referirse a ellas, pero eludir las sólo consiste

en un respeto falso, lo que puede repercutir en una reacción en contra y resentimiento. Es por esto por lo que una implicación pública en nuestras discrepancias morales proporcionaría un fundamento más sólido al respeto mutuo, y por ende llevaría a un fundamento más prometedor de una sociedad justa (Sandel, 2022, pág. 298).

## Conclusiones

Con el anterior trabajo se invita a dejar el individualismo al cual nos hemos acostumbrado a un lado, y reconocer que hacemos parte de una sociedad pluralista y de una comunidad, y es debido a esta pertenencia a un determinado grupo que nos une como especie, que debemos reconocer que tenemos un sentido de solidaridad con los otros miembros que a él pertenecen, y de igual manera, un sentido de responsabilidad. Así mismo, las páginas anteriores permiten concluir que:

1. La población portadora de VIH ha sido históricamente estigmatizada, principalmente por el desconocimiento de la enfermedad y la forma de difusión que hubo respecto a la progresión de esta. Sin embargo, a pesar de que en los años 80's el VIH se consideraba como una enfermedad aguda, luego del desarrollo de la terapia antirretroviral, la enfermedad pasó a tener una consideración de enfermedad crónica, y las expectativas de vida de la población, así como su estado de salud pueden considerarse equiparables a los de una persona no infectada con el virus.
2. El tema de trasplante de órganos de un donante seropositivo vivo a un donante seronegativo debe ser abordado dejando a un lado el estigma histórico relacionado con la población seropositiva y deberá ser direccionado a la posibilidad de generar bienestar en pacientes que tal vez no tengan otra opción para vivir, como lo son pacientes que llevan varios años en lista de espera o quienes han llegado a un punto de urgencia cero. Es por esto que se debe liberar de carga moral la deliberación en torno al tema y pensar en términos de bienestar para el paciente.
3. Los órganos para trasplantar son escasos y la posibilidad de recibir uno a pesar de que sea un órgano portador de VIH, puede ser una alternativa para afrontar un problema de escasez. No se puede ser indiferente a este tipo de consideraciones puesto que, a la fecha, no hay solución al problema de escasez y no se está exento a que en el futuro la demanda sea mayor pues

ningún miembro de la sociedad está exento a ser el próximo paciente ingresado a una lista de trasplantes.

4. El presente trabajo buscó la reflexión desde el punto de vista de justicia comunitarista para permitir abrir el debate sobre el ofrecimiento de un órgano infectado con VIH, cuando el portador se encuentre con una carga viral controlada o indetectable y el receptor sea una persona adulta, plenamente informada, capaz de ponderar riesgos y beneficios y tomar decisiones. Sin embargo, se resalta que la posibilidad de ofrecimiento sería limitada por las condiciones clínicas de cada paciente y del donante. Y que dependiendo del caso que amerite la consideración, este debería ser evaluado por un grupo de personas, bien sea Comités de Ética o Juntas de Revisión Institucional, que partiendo de la situación y las circunstancias y el contexto específico que rodea tanto al posible donante como al receptor, determinen las condiciones del proceder.

## Referencias

- AIDS. (23 de October de 2018). *Living donor liver transplant from an HIV-positive mother to her HIV-negative child*. Obtenido de [https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2018/10230/Living\\_donor\\_liver\\_transplant\\_from\\_an\\_HIV\\_positive.1.aspx](https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2018/10230/Living_donor_liver_transplant_from_an_HIV_positive.1.aspx)
- AMM; Asociación Médica Mundial. (12 de Diciembre de 2013). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Obtenido de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barbero Gutierrez, J. (2005). Bioética global. SIDA, primer y cuarto mundo: El fracaso del Éxito. *Jornadas de Actualización en Tratamiento del Paciente con VIH*, (págs. 23-55).
- Beauchamp, T., & Childress, J. (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Buenos Aires: Masson.
- Etheredge, H., Fabian, J., Duncan, M., Conradie, F., Caroline, T., & Botha, J. (13 de May de 2019). Needs must: living donor liver transplantation from an HIV-positive mother to her HIV-negative child in Johannesburg, South Africa. *Journal of Medical Ethics*, págs. 287-290. Obtenido de <https://jme.bmj.com/content/45/5/287>
- García, P., Munévar, M., Benavides, C., & Contreras, K. (2015). Primer trasplante renal en Colombia en paciente con infección por VIH. *Acta Médica Colombiana*, 162-165.
- Giraldo, C. (1990). Estado Actual de la Legislación sobre Trasplante de Órganos en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 62-63.
- Gracia, D. (2005). Ética del SIDA. *Jornadas de Actualización en Tratamiento del Paciente con VIH* (págs. 59-74). GlaxoSmithKline.
- Holm, S. (2021). Allocating Organs: Fairness, Transparency, and Responsibility. En S. L. Hansen, & S. Schicktanz, *Ethical Challenges of Organ Transplantation: Current Debates and International Perspectives*. Transcript Verlag, Bielefeld.
- Instituto Nacional de Salud. (2019). *Informe Anual Red de Donación y Trasplantes*. Bogotá: ISSN 2256-408X, Volumen 8.
- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Informe Anual Red de Donación y Trasplantes Colombia 2019*. Bogotá: ISSN 2256-408X, Volumen 9.
- Instituto Nacional de Salud. (2021). *Informe anual red de Donación y Trasplantes*. Bogotá: Ministerio de Salud.

- Instituto Nacional de Salud. (2021). *Informe Ejecutivo Red de Donación y Trasplantes. Colombia, Enero-Junio de 2021*. Bogotá: Dirección de Redes en Salud Pública.
- Instituto Nacional de Salud. (2021). *Informe Ejecutivo Red de Donación y Trasplantes. Colombia: Enero-Diciembre de 2020*. Bogotá: Dirección de Redes en Salud Pública.
- Jarrín, I. (27-30 de Noviembre de 2022). *Esperanza de Vida en Personas con VIH en Tratamiento Antirretroviral en España*. Obtenido de <https://congresogesida.es/images/site/ponencias/CO-08.pdf>
- Martinez, F. (02 de DICIEMBRE de 2022). GeSIDA 2022: Se actualizan los datos de esperanza de vida de las personas con el VIH en España. *Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH)*.
- Merck & Co. (2022). *Manual MSD: Introducción al trasplante*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-inmunol%C3%B3gicos/trasplante/introducci%C3%B3n-al-trasplante>
- Ministerio de la Protección Social. (2004). *DECRETO NUMERO 2493 DE 2004*. Bogotá, Colombia.
- Muller, E., & Barday, Z. (April de 2018). HIV-Positive Kidney Donor Selection for HIV-Positive Transplant Recipients. *Journal of the American Society of Nephrology*, págs. 1090-1095. Obtenido de [https://journals.lww.com/jasn/Fulltext/2018/04000/HIV\\_Positive\\_Kidney\\_Donor\\_Selection\\_for.10.aspx](https://journals.lww.com/jasn/Fulltext/2018/04000/HIV_Positive_Kidney_Donor_Selection_for.10.aspx)
- National Library of Medicine. (8 de Mayo de 2015). *Organ procurement and transplantation: implementation of the HIV Organ Policy Equity Act. Final rule*. Obtenido de PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25985481/>
- OPS; Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Terapia Antirretroviral*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/terapia-antirretroviral#:~:text=El%20tratamiento%20consiste%20en%20una,la%20probabilidad%20de%20desarrollar%20resistencia>.
- OPTN. Organ Procurement & Transplantation Network. (s.f.). *HOPE Act*. Health Resources and Services Administration (HRSA), Department of Health and Human Services (HHS). Organ procurement and transplantation: implementation of the HIV Organ Policy Equity Act. Final rule. Fed Regist. 2015 May 8;80(89):26464-7. PMID: 25985481. Obtenido de <https://optn.transplant.hrsa.gov/professionals/by-topic/hope-act/>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Noviembre de 2022). VIH/SIDA. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/hiv-aids>

- Organización Mundial de la Salud. (19 de Abril de 2023). *VIH y SIDA*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Restrepo, J. (Junio de 1990). Historia de los Trasplantes de Órganos en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 60-61.
- Sandel, M. (2022). *Justicia ¿Hacemos lo que debemos?* Barcelona: Penguin Random House.
- Thornton, J. (16 de January de 2021). Expanding HIV-positive Organ Donation. *The Lancet*, Vol 397. Obtenido de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00084-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00084-2/fulltext)
- Tovar, J. (1996). En que condiciones es éticamente aceptable la donación de vivo. En D. Gracia, A. Navarro, J. Escalante, J. Tobar, D. Figuera, & C. Romero, *Trasplante de órganos: Problemas Técnicos, Éticos y Legales* (págs. 83-86). Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas Madrid. <Sal Terrae>.

