

ESTEBAN HORACIO GONZALEZ DOMINGUEZ



**PROBLEMÁTICAS DE BIOÉTICA EN EL SISTEMA DE
TRASPLANTE HEPÁTICO ACTUAL EN EL ECUADOR**

Tesis presentada a la Facultad de Filosofía de la Universidad del Azuay para la
obtención del título de Máster en Filosofía

Programa de Maestría en Filosofía

Orientador: Estévez Abad Rene Fernando. MD. PhD.

Cuenca Ecuador

2023

Normalización adoptada

Esta Disertación cumple con las siguientes normas, vigentes al momento de su publicación:

Referencias: Las Normas APA (American Psychological Association) version 7

Universidad del Azuay. Facultad de Filosofía. Departamento de post graduación. Guía para la presentación de disertaciones, tesis y monografías.

Abreviatura de títulos y revistas según el Las Normas APA (American Psychological Association) version 7

Resumen:

Estudio cualitativo sobre desafíos éticos en el trasplante de hígado en el Ecuador. Los resultados resaltan la necesidad de políticas inclusivas y reflexión crítica para mejorar el sistema, Consideraciones éticas y filosóficas propuestas para potenciar el sistema de trasplante de hígado en el país

Palabras clave: Cirrosis hepática, Trasplante de hígado, Desafíos éticos, Equidad en asignación de órganos

ABSTRACT

Qualitative study on ethical challenges in liver transplant in Ecuador. Results highlight the need for inclusive policies and critical reflection to improve the system. Ethical and philosophical considerations proposed for enhancing liver transplant system in the country.

KEYWORDS: Liver cirrhosis, Liver transplant, Ethical challenges, Organ allocation equity.



Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi esposa Natalia, mi amor, guía en todo momento, pilar fundamental en mi vida, a mis hijos, Amelia y Pedro, razón de mi existencia.

A la memoria de todos mis pacientes cirróticos que fallecieron sin haber conseguido entrar en la lista de trasplante en Ecuador.

Agradecimientos

La realización de esta tesis no sería posible sin la ayuda de diversas personas que participaron de forma directa o indirectamente.

A nuestro coordinador de la maestría, Profesor Diego Jadán, por su apoyo y por su ejemplo de profesionalismo y dedicación

A mi orientador, Profesor Fernando Estévez

A mis compañeros y amigos de la maestría, compañeros de aulas, de anécdotas, de estudios, personas increíbles, con los que hemos entablado una perenne amistad.

Sumario

1. Introducción.....	8
Capitulo 1	
2. Problemática.....	13
3. Objetivos.....	15
4. Metodología.....	16
subtítulos:	
bibliografía primaria	
Bibliografía secundaria	
Capitulo 2	
5. Estado del Arte y Marco Teórico.....	20
Subcapítulos:	
5.1. FENOMENOLOGÍA DEL INJERTO	20
5.2. TRANSPLANTES CON DONADOR VIVO	22
5.3. DONADORES UNIVERSALES	22
5.4. MORTALIDAD Y EDAD DE MUERTE DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD HEPÁTICA.....	23
5.5. NÚMERO DE TRASPLANTES.....	23
5.6. MORTALIDAD EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO.....	24
5.7. MELD CON EL QUE SE TRASPLANTAN LOS PACIENTES.....	24
5.8. MORTALIDAD EN LISTA DE TRASPLANTE HEPÁTICO.....	24
5.9. NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE TRASPLANTE.	24
5.10. EL INJERTO	24
5.11. EDAD EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO.....	24
5.12. SITUACIONES ESPECIALES EN TRASPLANTE HEPÁTICO	25
5.13. EL CÁNCER HEPÁTICO COMO INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO	25
5.14 LA SALUD COMO UN DERECHO.....	26
5.15. JUSTICIA EN LISTA DE TRASPLANTE HEPÁTICO.....	27
5.16. JUSTICIA DISTRIBUTIVA.....	28

5.17. ÉTICA.....	29
5.18. EL UTILITARISMO	30
5.19. LA MUERTE COMO LA MEJOR OPCIÓN	30
5.20. POLÍTICAS PÚBLICAS	31
5.21. ANTÍTESIS DE LAS POLITICAS PUBLICAS.....	31
capitulo3	
6. Resultados.....	35
7. Discusión	38
Capitulo 4	
8. Conclusión	41
Referencias Bibliográficas.....	42

Lista de abreviaturas

NASH: Nonalcoholic Steatohepatitis, (por sus siglas en inglés) Esteatohepatitis No Alcohólica.

MELD: Model For End Stage Liver Disease (por sus siglas en inglés) Modelo Para Enfermedad Hepática Terminal

TIPS: Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (por sus siglas en inglés) Derivación Portosistémica Percutánea Intrahepática.

INR: Razón Normalizada Internacional.

INDOT: Instituto Nacional De Donación Y Trasplante De Órganos, Tejidos Y Células.

1. Introducción

La cirrosis hepática es la principal causa de trasplante hepático a nivel mundial (Wong & Singal, 2020), la cirrosis consiste en la sustitución de la célula hepática normal, denominada hepatocito, por tejido fibroso, perdiendo así la función de depuración, filtrado, metabolismo, síntesis de proteínas, factores de coagulación, funciones de vital importancia para mantener la homeostasis del ser humano (Ginès et al., 2021). La cirrosis hepática es consecuencia de una injuria crónica hepática, como por ejemplo la esteatohepatitis no alcohólica (NASH por sus siglas en inglés), que es la principal causa de cirrosis hepática en la actualidad o como la infección crónica del virus de la hepatitis B o C, que con el tiempo llevan a la falencia de la función hepática (Smith et al., 2019; Zhai et al., 2021).

Un punto importante a ser especificado, es que la fibrosis hepática trae como principal complicación la hipertensión portal, la vena porta es una vena de grueso calibre, de alto flujo que lleva casi todo el retorno venoso de la cavidad abdominal hacia el hígado y esta sangre después de ser filtrada por el hígado continua por las venas suprahepáticas hacia la circulación sistémica, la obstrucción total o parcial del flujo sanguíneo por el hígado y la consecuente acumulación de sangre en la vena porta es lo que lleva al aumento de la presión de esta vena, causando un aumento de óxido nítrico, un vasodilatador potente, esto trae como consecuencia una vasodilatación sistémica, lo que secuestra volemia (cantidad de sangre circulante) (Gunarathne et al., 2020; Iwakiri & Trebicka, 2021); dando

como resultado hipotensión sistémica, y esto a su vez estimula a los receptores de presión (baroreceptores) los cuales activan el sistema Renina Angiotensina-Aldosterona, esta última actúa causando vasoconstricción de la arteria aferente renal, disminuyendo el índice de filtrado glomerular (bajando la producción de orina/concentrando la orina) reteniendo líquidos, aumentando así la cantidad de líquido en la sangre, si a esto le sumamos la baja producción de proteínas por parte del hígado cirrótico, en especial la albúmina, en la vena porta que esta con gran cantidad de sangre, e hipertensión portal, sangre que tiene gran cantidad de líquido(aumento de la presión hidrostática) y la baja cantidad de albúmina (baja presión oncótica) cuando la presión hidrostática supera la presión oncótica se produce ósmosis y el pasaje de líquido de un compartimento de cierta concentración a otro compartimento de determinada concentración a lo que se denomina líquido libre en cavidad abdominal (ascitis). Y así queda explicado, por que el individuo con cirrosis puede presentar un abdomen distendido, que afecta directamente la calidad de vida del paciente cirrótico (González-Domínguez, Córdova, Abad, González, González, & Cordero, 2022).

Otro fenómeno fisiopatológico para explicar es la circulación colateral portal, el corazón nunca para de latir y por lo tanto la sangre continúa llegando y acumulándose en la vena porta la cual está imposibilitada de pasar a la circulación sistémica, ya que el hígado está fibrótico y ha perdido su característica de esponja filtradora y pasa a ser un acúmulo de fibra que imposibilita el pasaje de la sangre (Gunarathne et al., 2020). La sangre presente en la vena porta tiene que buscar otros caminos alternos colaterales para desahogar su presión, la colateral más relevante es el camino por las venas del esófago, las cuales por su alta presión se forman várices esofágicas, las cuales tienen la tendencia a la ruptura causando una hemorragia digestiva varicosa, hemorragia grave de alta presión en un paciente que no tiene factores de coagulación y plaquetas bajas, constituyendo así una de las principales causas de muerte del paciente cirrótico (González-Domínguez, Córdova, Abad, González, González, & Cordero, 2022).

En condiciones normales el hígado es responsable por la depuración de sustancias tóxicas resultantes del metabolismo de las proteínas ingeridas por el ser humano, como es el caso del amonio, un hígado cirrótico no puede eliminar el amonio, por lo cual este

llega a la circulación sistémica por medio de la circulación colateral ya descrita, llega al cerebro, consigue pasar la barrera hematoencefálica y causar edema cerebral, y daño neuronal, irreversible, a lo que se denomina encefalopatía hepática, causando al paciente una deplorable condición neurológica y psiquiátrica, pérdida de la función cognitiva, intelectual, comportamientos bizarros, e inclusive con riesgo de entrar en coma con alta mortalidad (González-Domínguez, Córdova, Abad, González, González, & Cordero, 2022).

Quedando así explicada el cómo y el por qué, el paciente con cirrosis tiene una alta morbilidad, mortalidad y una baja calidad de vida.

La única cura y resolución completa en la actualidad de la cirrosis es el trasplante hepático.

El trasplante hepático, es el acto médico más complejo de la cavidad abdominal, pues involucra una cirugía de gran tamaño realizada a un paciente generalmente crónico (enfermedad de varios años de evolución) desnutrido, debilitado, con tendencia al sangrado ya que no tiene suficientes plaquetas, ni factores de coagulación, un hígado con hipertensión portal que sangra a la mínima manipulación, implantar un hígado ajeno de otro ser humano, que el organismo del receptor intenta rechazar, por lo que se debe bajar las defensas del receptor con medicamentos inmunosupresores muy potentes (Cervantes-Álvarez et al., 2022).

El primer intento registrado de trasplante de hígado en el mundo fue realizado por el cirujano estadounidense Thomas Starzl en 1963. En esa ocasión, el paciente era un niño de 3 años que sufría de una enfermedad hepática terminal. La operación tuvo lugar en el Hospital de la Universidad de Colorado y aunque el niño sobrevivió a la cirugía, murió poco después debido a complicaciones (Cienfuegos, 2017).

Posteriormente, Starzl continuó realizando investigaciones y experimentos en esta área, y en 1967 llevó a cabo el primer trasplante de hígado exitoso en el mundo. El receptor fue un hombre de 19 años que sufría de cirrosis hepática. A partir de ese momento, la técnica del trasplante de hígado se ha perfeccionado y se ha convertido en una opción viable para tratar una amplia variedad de enfermedades hepáticas (Cienfuegos, 2017).

La aparición de la ciclosporina, un medicamento inmunosupresor potente dio un giro importante en el resultado y en la sobrevida de los pacientes trasplantados (Millson et al., 2020).

Actualmente se han desarrollado medicamentos muy eficaces para evitar el rechazo del injerto como tacrólimus, everólimus, sirólimus, micofenolato, azatioprina, basiliximab, los cuales han permitido al paciente trasplantado tener una excelente sobrevida y expectativa de vida con pocos efectos colaterales del tratamiento inmunosupresor para evitar el rechazo y pérdida del injerto (González-Domínguez, Córdova, Abad, González, González, Cordero, et al., 2022).

El trasplante hepático tiene algunas particularidades, no son necesarias pruebas de inmuno-histocompatibilidad, como es el caso del trasplante renal, apenas se exige compatibilidad OAB que es idéntica a la donación de sangre, lo que facilita mucho el uso de todos los injertos donados (Ayloo et al., 2018).

La lista de trasplante hepático no es cronológica, como sucede en el trasplante renal, la lista de trasplante hepático es por prioridad, eso quiere decir que el paciente más grave con mayor posibilidad de morir a corto plazo es el que ocupa los primeros lugares en la lista (Ayloo et al., 2018).

Lista de trasplante hepático.

No existe un término técnico para describir la manera de organizar la lista de trasplante, el término usado coloquialmente más frecuente para hacer esta referencia es locación. Para lo locación en la lista de trasplante hepático se usa el modelo de enfermedad hepática terminal (MELD, por sus siglas en inglés) se trata de un algoritmo matemático que fue desarrollado inicialmente para calcular la mortalidad del paciente cirrótico que se sometía a una intervención quirúrgica para mejorar la hipertensión portal, la derivación portosistémica percutánea intrahepática (TIPS, por sus siglas en inglés) y posteriormente este algoritmo matemático fue extrapolado para locación en lista de trasplante (Malinchoc et al., 2000).

$$\text{MELD Score} = 9,6 \text{ Ln (Create)} + 3,8 \text{ Ln (Br)} + 11,2 \text{ Ln (INR)} + 6,4$$

El MELD es un sistema de puntuación que se utiliza para evaluar la gravedad de la enfermedad hepática en pacientes que necesitan un trasplante de hígado. Fue desarrollado por un equipo de investigadores en la Universidad de Virginia en 2001 (Kamath et al., 2001).

Antes de la introducción del MELD, el sistema de puntuación utilizado para evaluar a los pacientes en espera de trasplante de hígado era el modelo Child-Pugh. Sin embargo, este sistema presentaba algunas limitaciones, ya que se basaba en la evaluación subjetiva de síntomas y signos clínicos, lo que podía generar variabilidad en la puntuación asignada (Aiello et al., 2017).

El MELD, por otro lado, se basa en tres parámetros objetivos: la bilirrubina sérica, la creatinina sérica y el INR (razón normalizada internacional, una medida de la coagulación de la sangre). Estos parámetros se correlacionan bien con la gravedad de la enfermedad hepática y el pronóstico del paciente (Aiello et al., 2017).

Desde su introducción, el MELD se ha convertido en el sistema de puntuación estándar para evaluar a los pacientes en espera de trasplante de hígado en Estados Unidos y en todo el mundo. Ha demostrado ser una herramienta útil para mejorar la justicia en la asignación de órganos y para predecir la mortalidad en pacientes con enfermedad hepática terminal. Además, se ha utilizado en la investigación clínica para evaluar la eficacia de tratamientos para enfermedades hepáticas (Aiello et al., 2017).

Los pacientes cirróticos que tienen un MELD igual o mayor a 17 son los que tienen indicación y beneficio de un trasplante hepático y mientras más alto sea el puntaje estará ocupando los primeros lugares en la lista y podrá conseguir trasplantarse, por lo tanto el cirrótico tiene que esperar a que su enfermedad avance lo suficiente para poder llegar a estar en el primer lugar con el MELD más alto de la lista, por lo tanto se deduce que solo el paciente más grave es el que se trasplanta, el resto deberá esperar lo suficiente para estar en el primer lugar, lo que hace de este procedimiento el evento médico más complejo de la cavidad abdominal, el ápice de la complejidad en gastroenterología, restringido a equipos multidisciplinarios que se dedican toda una vida para tener la destreza y experiencia suficiente para realizar el procedimiento con éxito en la mayoría de los casos (Kamath et al., 2001).

Cuando se fracasa en el trasplante renal y se pierde el injerto, el paciente puede beneficiarse de la hemodiálisis y continuar esperando con vida en la lista de trasplante, en el caso del trasplante hepático no existe un sustituto de la función hepática, basta apenas de 48 a 72 horas de un paciente an-hepático para tener una mortalidad del 100% (Mallik et al., 2022).

Capítulo 1

2. Problemática

El INDOT (instituto nacional de donación y trasplantes de órganos y tejidos) ente máximo regulador de la actividad trasplantadora en el Ecuador, está conformada y dirigida por médicos generales administrativos, que básicamente se limitan a dar la acreditación para trasplantar a los equipos conformados que cumplan todos los requisitos, pero no fiscalizan técnicamente la actividad trasplantadora, adjudican una potestad totalitaria y anarquista a cada equipo trasplantador acreditado para que tome todas las decisiones que se entiendan (Llongo Simbaña, 2017), el INDOT también se encarga de la promoción de la importancia de la donación en la sociedad, llevar y promocionar una estadística de los éxitos de los equipos trasplantadores en los medios de comunicación (Llongo Simbaña, 2017).

El programa actual de trasplante hepático del Ecuador presenta anualmente un número de trasplantes mucho menor a lo esperado, a pesar de un aumento exponencial de la demanda, ya que nuevos problemas de salud como el sobrepeso, dislipidemia, sedentarismo, diabetes mellitus tipo II, que son casi pandémicos en la actualidad, dan como consecuencia el NASH con su más grave consecuencia, la cirrosis. Así como un número considerado muy pequeño de pacientes en lista de trasplante, cuando en el Ecuador la enfermedad hepática es la séptima causa de muerte general (González et al., 2020).

Adicionalmente los equipos trasplantadores relatan mortalidad baja en lista de trasplante y una sobrevida post trasplante muy alta, resultados que son inconsistentes cuando comparamos con la realidad mundial. Resulta que esta estadística, levanta la hipótesis de que estos datos son el resultado de políticas de restricción y selectividad en la lista de trasplantes, por parte de los equipos acreditados para trasplante hepático en el Ecuador, por lo que se considera relevante un análisis más detallado ya que estas políticas de restricción y selectividad para entrar en lista de trasplante, puede faltar a la ética médica. Ante ello, se plantea un análisis filosófico más profundo de esta problemática, levantando así una duda metódica: ¿existen políticas de restricción y selectividad que puedan afectar la bioética en el programa actual de trasplante de hígado en el sistema ecuatoriano?

3. Objetivos

Objetivo Principal

- El propósito del presente trabajo consiste en consignar en un manuscrito las consideraciones filosóficas en el ámbito de la ética médica relacionadas con las cuestiones polémicas vinculadas al procedimiento de trasplante hepático, con el objetivo fundamental de optimizar y refinarse el sistema actual de trasplantes en la nación ecuatoriana.

Objetivos Secundarios.

- En el presente escrito, se busca llevar a cabo una indagación profunda de naturaleza ético-moral en relación al procedimiento integral del trasplante hepático, con el objetivo de discernir y exponer los conflictos éticos inherentes a la aplicación práctica del sistema vigente de trasplantes hepáticos en el contexto ecuatoriano.

4. Metodología

1. En el ámbito de la medicina Se realizó una búsqueda bibliográfica en la principal plataforma de literatura médica: Pubmed por medio de Mesh words: ("Philosophy"[Mesh]) AND "Philosophy/ethics"[Mesh] AND "Liver Transplant.
2. En el ámbito de la filosofía se realiza una búsqueda bibliográfica en la plataforma: <https://philpapers.org> por medio de palabras clave como: ("Philosophy"[Mesh]) AND "Philosophy/ethics"[Mesh] and "public health" and "Liver Transplant".

Se identificaron artículos publicados, se los clasifican de acuerdo al enfoque en bibliografías primarias y secundarias, todos relacionados o direccionados al tema, que cumplieron con los criterios de inclusión y posterior a una detallada lectura, se analizó y relacionó los resultados con las conductas actuales del sistema de trasplante hepático ecuatoriano y se plasma una reflexión filosófica ética-médica de este tema en particular.

La bibliografía primaria: en el ámbito de la medicina:

- Mortalidad por enfermedad hepática en el Ecuador
- Edad de muerte de los paciente con enfermedad hepática terminal en el Ecuador
- Edad con la que se trasplantan los pacientes en Ecuador
- Numero de trasplantes realizados en Ecuador
- Mortalidad de los pacientes sometidos a un trasplante hepático en Ecuador
- MELD con el que se trasplantan los pacientes en Ecuador
- Mortalidad de los paciente en lista de trasplante en Ecuador.
- Ley de trasplantes y donaciones de órganos en Ecuador
- Situaciones especiales que son consideradas indicación de trasplante hepático sin considerar el puntaje del MELD en Ecuador

Bibliografía Primaria: En el ámbito de la filosofía y bioética:

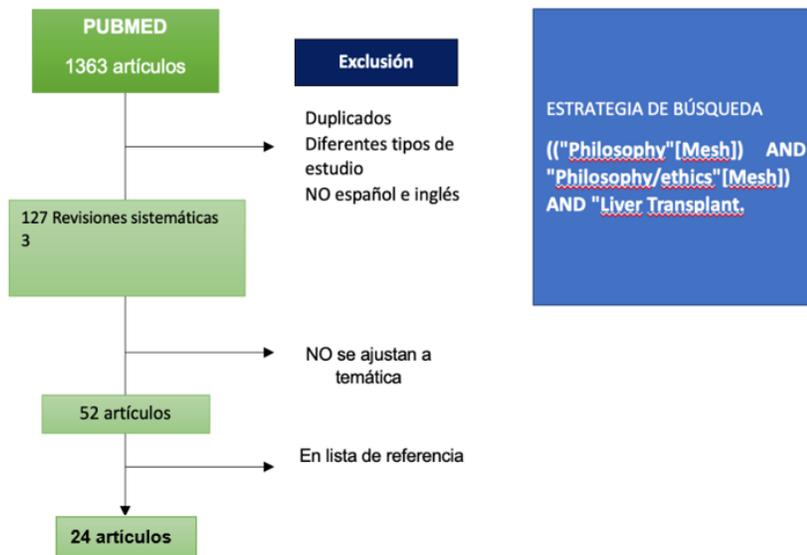
- Fenomenología y su relación con el trasplante hepático y el injerto donado
- La justicia distributiva y su relación con el trasplante hepático
- La ética aplicada a la locación de órganos
- El utilitarismo y su relación con el trasplante hepático
- La muerte del paciente como la mejor opción ética.

La bibliografía Secundaria: en el ámbito de la medicina:

- Mortalidad por enfermedad hepática en otros locales y realidades similares y comparables al territorio ecuatoriano
 - Edad de muerte de los paciente con enfermedad hepática terminal en otros locales y realidades similares y comparables al territorio ecuatoriano
 - Edad con la que se trasplantan los pacientes en otros locales y realidades similares y comparables al territorio ecuatoriano
 - Numero de trasplantes realizados en otros locales y realidades similares y comparables al territorio ecuatoriano
 - Mortalidad de los pacientes sometidos a un trasplante hepático en otros locales y realidades similares y comparables al territorio ecuatoriano
 - MELD con el que se trasplantan los pacientes en otros locales y realidades similares y comparables al territorio ecuatoriano
 - Mortalidad de los paciente en lista de trasplante en otros locales y realidades similares y comparables al territorio ecuatoriano
 - Ley de trasplantes y donaciones de órganos en otros locales y realidades similares y comparables al territorio ecuatoriano
 - Situaciones especiales que son consideradas indicación de trasplante hepático sin considerar el puntaje del MELD en E otros locales y realidades similares y comparables al territorio ecuatoriano
- **Bibliografía secundaria :** En el ámbito de la filosofía y bioética:
 - La salud gratuita como un derecho o un privilegio
 - Políticas públicas e intervencionismo estatal
 - Monopolio estatal del trasplante hepático en el Ecuador

- Laissez faire , libre mercado, libre competencia
- Implicancia ética en los resultados del trasplante hepático en países donde no existe un monopolio estatal de este procedimiento.

Figura N° 1 Diagrama de flujo de búsqueda de información



Método filosófico: Para lograr los objetivos de esta investigación, se procedió con una triple metodología: analítica, sintética y reflexiva.

- a. Paso analítico. Se procedió a descomponer las fuentes primarias y secundarias en búsqueda de abordajes del tema a ser estudiado, así mismo se recogieron los párrafos que abordaban los objetivos secundarios.
- b. Paso sintético. Una vez culminada la fase analítica se procedió a interrelacionar la información extraída en el paso anterior.
- c. Paso reflexivo. Tras haber culminado los pasos analítico y sintético y mediante la reflexión inductiva se abordaron los objetivos principales y secundarios.

Capítulo 2

5. Estado del Arte y Marco Teórico

5.1. FENOMENOLOGÍA DEL INJERTO

Un órgano partiendo de la fenomenología del “ser-en-el-mundo” desarrollada por Heidegger en “Ser y tiempo” y trabajos posteriores, compara el ser del órgano con el ser de la herramienta. Similitudes y diferencias entre la naturaleza encarnada de los órganos y la forma en que se manejan las herramientas del mundo. Explicar la forma en que las herramientas pertenecen a la totalidad de las cosas del mundo que están listas para usarse, y la forma en que los órganos pertenecen a la totalidad de un ser corporal capaz de estar en este mismo mundo. Al hacerlo, se argumenta que, si bien el órgano es en algunos aspectos similar a una herramienta corporal, esta herramienta es, no obstante, diferente de las herramientas del mundo al estar ligada al organismo como un todo, que ofrece la base fundamental del ser, de la persona. Sin embargo, desde un punto de vista fenomenológico, la línea entre órganos y herramientas no puede trazarse simplemente determinando lo que hay dentro y fuera de las fronteras fisiológicas del organismo (Brito, 2021).

Tenemos, desde el comienzo de la historia, dispositivos tecnológicos integrados (herramientas) en nuestro “ser-en-el-mundo” de manera que los convierten en partes de nosotros mismos en lugar de partes del mundo (más como órganos que como herramientas), y también, más recientemente, hemos comenzado a hacer que nuestros órganos sean más parecidos a herramientas al visualizarlos, moverlos, manipularlos y controlarlos a través de la tecnología médica (Brito, 2021).

El análisis de Heidegger sobre la creación de órganos, herramientas y mundos se enfrenta a este desarrollo provocado por la tecnología médica contemporánea. Se argumenta que este desarrollo, en gran medida, cambió la fenomenología del órgano al hacer nuestros cuerpos más parecidos a máquinas con partes que tienen ciertas funciones y que se pueden intercambiar. Este desarrollo encierra la amenaza de instrumentalizar nuestro ser corporal pero también la posibilidad de curar o aliviar el sufrimiento provocado por enfermedades que perturban y destruyen el normal funcionamiento de nuestros órganos (Svenaeus, 2010).

En una de las principales bibliografías de bioética que hace referencia al injerto como una herramienta usable, "El cuerpo diseminado: estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos" de Ricardo García Manrique, recalca varios puntos importantes, y entre ellos los más relevantes son que considera al injerto donado como un bien público, y que cualquier uso del mismo debe ser por medio de la gratuidad, haciendo énfasis que la locación del injerto tiene que ser organizada por un estado central de manera gratuita, sin embargo, no se hace referencia a la obligatoriedad de la gratuidad del proceso y/o procedimiento médico, y si apenas de la gratuidad por el uso del injerto (Manrique & Pedreira, 2018).

Otra autora que escribe sobre este tema es María Casado, la que indica que el trasplante es un procedimiento que involucra la salud y la vida de las personas y no puede tener una perspectiva mercantilista, este argumento estaría justificado en el contexto de la comercialización o tráfico de órganos, pero no en el proceso y/o procedimiento, ya que los profesionales de la salud tienen que cumplir largos y complejos programas de entrenamiento formal para realizar este procedimiento, se necesitan equipos, materiales, medicamentos costosos, equipos médicos multidisciplinarios, y nada de eso es gratuito, todo lo contrario tiene un alto costo, por lo tanto es evidente que un trasplante hepático no es gratuito, alguien debe pagarlo, y en la mayoría de los casos es el estado quien tiene que cubrir los gastos, el estado no tiene la capacidad de producir dinero, el estado consigue dinero por medio, de impuestos, imprimir moneda o préstamos al fondo monetario internacional, y en la práctica lo que sucede es que el contribuyente por medio de los impuestos es quien subsidia todos los gastos, por lo tanto decir que un paciente

tiene derecho a un trasplante gratuito, es análogo a decir que el paciente tiene el derecho de usar el dinero de una tercera persona, por lo tanto no es un derecho, es un privilegio (Manrique & Pedreira, 2018).

En el Ecuador, a partir del 2009, cuando se realizó el primer trasplante hepático, de manera anecdótica y heroica, el Ministerio de Salud Pública por medio del INDOT, se encuentra intentando hacer de este procedimiento un evento sistemático, frecuente y que llegue a ser una opción terapéutica real en el Ecuador, esto ha sido facilitado por la llegada a Ecuador de un sinnúmero de subespecialistas, como por ejemplo médicos cirujanos hepato-bilio pancreáticos especializados en trasplante hepático, médicos hepatólogos sub-especializados en trasplante hepáticos, intensivistas, anestesiólogos especialistas en trasplante (González et al., 2020).

Existen varios tipos de trasplante hepático, sin embargo, en el Ecuador el más frecuente y casi exclusivo, es el trasplante hepático ortotópico con donador fallecido, que consiste en retirar el explante (hígado cirrótico) del receptor e implantar un hígado sin cirrosis de un donador que falleció en el mismo lugar anatómico del hígado (ortotópico) (González et al., 2020).

5.2. TRANSPLANTES CON DONADOR VIVO

En el Ecuador no existe ningún equipo acreditado para realizar este tipo de trasplante. En este contexto el tema se simplifica, ya que el paciente candidato a un trasplante inter vivos no necesita entrar a una lista de espera, pues es su familiar quien le va a donar el 75% de su hígado. Por lo que el tiempo de espera y locación se simplifica y se acorta. Las consideraciones bioéticas al respecto que la mayoría de los países donde se realiza este tipo de trasplante son: la no comercialización del órgano, el donador no puede cobrar ningún tipo de remuneración por donar, se exige un grado de consanguinidad entre donador receptor, y se plasma en un documento legal notariado, que la donación es solidaria sin ningún tipo de remuneración presente o futura (MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, 2009).

5.3. DONADORES UNIVERSALES

En el territorio ecuatoriano, existe una disposición legal que facilita y es de gran aporte para la actividad trasplantadora, en virtud de la cual, todos los ecuatorianos somos donadores universales, esto quiere decir que todos somos potencialmente donadores, y si la situación amerita, en caso de muerte de un ecuatoriano (muerte encefálica) se puede realizar la cirugía de captación de todos los órganos que sean necesarios, para utilizarlos como implantes para un necesitado receptor, sin que sea necesaria la aceptación de la familia, u orden judicial, en la única situación en la que no se puede retirar los órganos, se da cuando el potencial donador en vida solicitó en el registro civil que en su cédula de ciudadanía se haga constar que no es donador (Llongo Simbaña, 2017).

En la actualidad se tiene disponibilidad en el mercado ecuatoriano de los mejores y más nuevos medicamentos inmunosupresores, que evitan el desarrollo de rechazos agudos o crónicos del injerto, aumentando exponencialmente la vida útil del mismo, ampliando así la sobrevida del paciente trasplantado (Parra Echeverría, 2017). Por todo lo expuesto se puede pensar que Ecuador sería un territorio fértil para que el trasplante hepático pueda desarrollarse con éxito y con frecuencia; no obstante, la realidad es muy diferente, muy probablemente por una problemática de ética-médica la cual este trabajo intentará develar.

5.4. MORTALIDAD Y EDAD DE MUERTE DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD HEPÁTICA.

Según datos publicados en septiembre del 2022, si no se considera a la pandemia mundial por el virus COVID-19, la cirrosis y las enfermedades hepáticas se encuentran dentro de las 10 principales causas de muerte en el Ecuador, específicamente en el lugar número 7; si se discrimina por sexo: mujeres 45,2% y hombres 54,8%; si se hace por grupos de edad: el grupo etario más afectado son las personas entre 70 a 74 años con un 13,7% y llama la atención que más de la mitad de los pacientes (58,5%) tienen una edad mayor a 65 años (INEC, 2021).

5.5. NÚMERO DE TRASPLANTES

Desde 2009 al 2014 en todo el territorio ecuatoriano se realizaron 96 trasplantes hepáticos (INDOT, 2009).

5.6. MORTALIDAD EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO.

En estudios realizados en Ecuador se describe una mortalidad del 0,25 de los pacientes trasplantados (Dueñas Muñoz, 2016).

5.7. MELD CON EL QUE SE TRASPLANTAN LOS PACIENTES.

Un estudio realizado en Ecuador demuestra que el valor del MELD con el que más se trasplantan los pacientes (77%) es el rango entre 10 a 19 (Mora Lazo, 2015).

5.8. MORTALIDAD EN LISTA DE TRASPLANTE HEPÁTICO.

Un estudio realizado en Ecuador demuestra que en el período comprendido entre enero de 2013 hasta marzo de 2014; fueron incluidos 27 pacientes en lista de trasplante, de los cuales 5 fallecieron en lista, por lo tanto, se presenta una mortalidad en lista de espera del: 18,5% (Mora Lazo, 2015).

5.9. NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE TRASPLANTE.

Al día 09 de marzo del 2023; en el sitio oficial del INDOT se registran 8 pacientes activos en lista de trasplante hepático, 5 en la ciudad de Cuenca y 3 en la ciudad de Guayaquil (Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, 2023).

5.10. EL INJERTO

Una vez constatada la muerte encefálica, el paciente dona sus órganos, en el Ecuador de manera obligatoria, y este órgano, denominado de injerto, cuando puede ser útil para un trasplante, pasa a ser propiedad del estado, el cual lo distribuye por medio de su lista única nacional, para ser implantados por un equipo de trasplante previamente acreditado, que recibe un salario por su trabajo, y de manera gratuita para el paciente, ya que los gastos son cubiertos por las instituciones del estado sea esta el Ministerio de Salud Pública o el Seguro Social (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 2018).

5.11. EDAD EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

En los últimos años se ha notado un incremento en la edad de los pacientes en lista de trasplante hepático, a pesar de que los pacientes de mayor edad presentan más comorbilidades y complicaciones que los jóvenes, los resultados postrasplante en el

paciente de mayor edad son considerados buenos y aceptables, por lo que la edad no se considera una contraindicación absoluta para listar a un paciente cirrótico en lista de trasplante hepático (Durand et al., 2019); sin embargo la mayoría de equipos acreditados para trasplante hepático en el Ecuador han colocado como edad máxima para ingresar en lista de trasplante los 65 años.

5.12. SITUACIONES ESPECIALES EN TRASPLANTE HEPÁTICO

La hipertensión portal es la principal complicación de la cirrosis hepática, y está presente casi en el 100% de los pacientes cirróticos, complicaciones que deterioran en gran medida la calidad de vida del paciente cirrótico, como por ejemplo el ascitis, agua acumulada en la cavidad abdominal del paciente, que en algunos casos, se acumula más de 10 litros de ascitis, lo que causa dolor abdominal, incapacidad para caminar o movilizarse, postrando al paciente, limitándose a vivir semi sentado, para no dificultar la respiración, con ausencia de tratamiento efectivo y permanente de esta complicación, siendo el trasplante hepático el único tratamiento efectivo en estos casos, muchos de estos pacientes que presentan ascitis refractaria no aumentan su puntaje en el MELD, lo que les condena a largos periodos de espera en lista o a la muerte. Por lo que se ha propuesto que, una vez reconocidas estas situaciones especiales, el sistema de locación en la lista de trasplante adjudica puntajes extras al MELD de estos pacientes para que puedan estar en un puesto competitivo y llegar a trasplantarse, para aplacar su sufrimiento en lista de trasplante (Biggins & Bambha, 2006). Lo mismo ocurre en pacientes con encefalopatía hepática crónica refractaria al tratamiento.

5.13. EL CÁNCER HEPÁTICO COMO INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO

La cirrosis hepática es considerada el principal factor de riesgo para la aparición de carcinoma hepatocelular, un cáncer hepático maligno, de crecimiento rápido, que tiene la potencialidad de hacer metástasis con rapidez, la resección quirúrgica en la mayoría de estos pacientes, no es una posibilidad, ya que implica una cirugía de gran tamaño en un paciente cirrótico, debilitado, la resección del tumor necesariamente implica resección

del parénquima hepático adyacente, causando la muerte del paciente cirrótico en el postoperatorio por insuficiencia hepática aguda (Tarao et al., 2019).

Por lo que se ha planteado el trasplante hepático como tratamiento, que permite la cura definitiva y simultánea de ambas patologías, la cirrosis hepática de base y el cáncer hepático maligno, para tal fin y después de muchas investigaciones para saber hasta cuándo se puede realizar un trasplante que sea efectivo se describen los “criterios de Milán” esto consiste en indicar un trasplante hepático en aquellos paciente con cirrosis que no son candidatos a resección quirúrgica del tumor por su delicada situación como cirrótico crónico, con un cáncer precoz esto es con un tumor único no mayor a 5 cm o máximo 3 tumores ninguno de ellos mayor a 3 cm, sin enfermedad extrahepática detectable, y sin invasión tumoral vascular. Los estudios científicos han demostrado que cuando el paciente cumple estos criterios y se trasplanta la cura simultánea de ambas patologías y una excelente sobrevida es posible (Lingiah et al., 2020).

Sin embargo estos pacientes portadores de un cáncer hepático maligno, casi en su totalidad, no tienen un MELD que se considere competitivo para estar en los primeros puestos en la lista de trasplante, corriendo el riesgo de permanecer por largos períodos de tiempo en posiciones medias o bajas en la lista, y si el cáncer hepático crece o se disemina, saldría de los criterios de Milán contraindicándose el trasplante, por lo que se ha propuesto adjudicar a este tipo de pacientes puntos extras en el MELD, para disminuir su tiempo de espera y hacerlos más competitivos en lista de trasplante (Biggins & Bambha, 2006).

5.14 LA SALUD COMO UN DERECHO

En la constitución ecuatoriana (República del Ecuador, 2008) se garantiza la salud, en su artículo número 32 dice textualmente. - Salud. - “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. Este derecho comprende:

- El acceso oportuno, sin discriminación, a servicios integrales de salud, que incluya la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- La atención en salud integral, que incluirá aspectos físicos, psicológicos, emocionales, culturales y de género.
- La participación de las personas, comunidades y organizaciones en la planificación, gestión y control de los servicios de salud, así como en la definición y aplicación de políticas y estrategias que les concierne.
- La formación y capacitación permanente de las y los profesionales de la salud en concordancia con las necesidades de la sociedad.
- La investigación y la producción de conocimientos científicos y técnicos en salud, y su aplicación en la práctica y en la definición de políticas y estrategias.
- La vigilancia y control de la salud pública.
- El acceso a los medicamentos esenciales, como derecho irrenunciable e inalienable que garantice su disponibilidad, accesibilidad y calidad, y su uso racional.

5.15. JUSTICIA EN LISTA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

La justicia en el contexto de las listas de trasplante hepático plantea una serie de cuestiones filosóficas importantes relacionadas con la distribución equitativa de recursos y la toma de decisiones éticas en el ámbito de la medicina (Parra Echeverría, 2017).

Uno de los principales desafíos éticos en la asignación de trasplantes de hígado es cómo distribuir los órganos de manera justa y equitativa. La justicia distributiva se refiere a la distribución equitativa de los bienes y recursos en una sociedad, y es un principio fundamental en la teoría ética. En el contexto de los trasplantes de hígado, esto significa que los órganos deben ser asignados a los pacientes de acuerdo con su necesidad médica, independientemente de su raza, género, edad, ingresos o cualquier otro factor social (Parra Echeverría, 2017).

La justicia en las listas de trasplante hepático plantea preguntas sobre la ética de la toma de decisiones médicas. Los médicos y los equipos de trasplante de hígado deben tomar decisiones difíciles y a menudo controvertidas sobre quién debe recibir un trasplante de hígado y cuándo. La justicia en este contexto significa que estas decisiones deben basarse en principios claros y transparentes, y que los médicos deben ser conscientes de su responsabilidad de actuar en el mejor interés de sus pacientes y de la sociedad en general (Parra Echeverría, 2017).

Los principios éticos claros y transparentes son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban los trasplantes de hígado que necesitan de manera justa y equitativa.

5.16. JUSTICIA DISTRIBUTIVA

El filósofo más famoso que habla sobre justicia distributiva es John Rawls, cuya teoría de la justicia se centra en la idea de que los principios de justicia deben ser elegidos en un estado de "velo de ignorancia", en el que los individuos involucrados no conocen las características o circunstancias personales no técnicas/científicas y, por lo tanto, no pueden sesgar la elección de principios. Rawls argumenta que la justicia distributiva requiere la distribución equitativa de los bienes y recursos de la sociedad para maximizar el bienestar de los menos afortunados (Caballero, 2006).

Según una de las principales bibliografías de bioética "Manual de Bioética Laica" de María Casado y Manuel Jesús López Baroni (Casado & Baroni, 2018). La justicia distributiva es el principio ético con el cual se debe manejar la locación en lista de trasplante hepático, y los 2 principales factores a ser tomados en cuenta, son: la gravedad de la condición médica del paciente y el tiempo de espera del mismo, y hace una crítica referente a la posibilidad económica que tienen algunos pacientes para poder permanecer en lista de trasplante durante más tiempo, sin embargo, esta afirmación no es válida en nuestra realidad, ya que en el sistema ecuatoriano actual, existe una fila única nacional, comandada y monopolizada por un gobierno central, el cual exige gratuidad del servicio y realizado solo por medio de instituciones públicas, por lo que el poder económico del paciente no influye en la lista de espera; también hace una crítica al sistema actual usado "MELD" ya que en muchos casos no considera complicaciones como la hipertensión portal, lo cual es totalmente válido pues existen situaciones

especiales que exigen del sistema de locación un mayor dinamismo agilidad y un menor tiempo de espera para este tipo de pacientes los cuales presentan graves complicaciones secundarias a la hipertensión portal, sin embargo, sus exámenes de sangre no empeoran lo suficiente como para tener un MELD competitivo y localizarse en los primeros lugares y conseguir trasplantarse. Adicionalmente también considera relevantes otros factores para la locación, como la esperanza de vida o el impacto del trasplante en la calidad de vida futura lo que se refiere como “la utilidad esperada”, por lo que se reconoce una posición utilitarista en su libro, no obstante, el aumento de la perspectiva de vida del ser humano y los buenos resultados de los trasplantes en pacientes de edad avanzada, puede abrir una brecha ética en el utilitarismo para aceptar trasplantar a pacientes de mayor edad (Durand et al., 2019).

5.17. ÉTICA.

Dos filósofos de la actualidad de lengua portuguesa, Clóvis de Barros Filho y Mário Sergio Cortella, escriben y profundizan sobre la ética. Ellos enfatizan sobre la idea de que la ética no puede ser un asunto estático, como reglas fijas estándares, estilo los 10 mandamientos o reglamentos, ya que estos estarían caducos a las pocas horas de ser publicados, sustentándose en que la vida y el mundo real es un universo dinámico, el cual coloca al ser humano en situaciones inéditas, nunca antes pensadas o vividas, las cuales exigen del individuo decisiones nunca antes pensadas o imaginadas, para dilemas éticos no existentes, dándole una connotación dinámica a la ética (Sergio & Filho, s. f.).

La ética Kantiana, desarrollada por el filósofo alemán Immanuel Kant, se centra en la idea de que las acciones deben basarse en principios morales universales y que todas las personas deben ser tratadas como fines en sí mismas, en lugar de como medios para un fin (Yunta, 2009). En el contexto de las listas de trasplante hepático, la ética Kantiana podría implicar lo siguiente:

La distribución de los órganos debe basarse en principios universales de justicia y no en la conveniencia o en intereses particulares, como egos profesionales, estadísticas favorables, números de fresa impiadosa* que en sí propiamente nada quieren decir.

Todos los pacientes deben ser tratados como fines en sí mismos, independientemente de su raza, género, edad, ingresos o cualquier otro factor social.

Las decisiones de los médicos y los equipos de trasplante deben basarse en principios éticos claros y transparentes y no en intereses particulares o en decisiones arbitrarias.

Los pacientes que esperan un trasplante de hígado deben ser tratados con respeto y dignidad y se les debe garantizar un acceso justo y equitativo a los órganos disponibles.

*frieza impiadosa: frío, impiadoso, cruel.

La ética Kantiana aplicada a la lista de trasplante hepático implica la aplicación de principios éticos universales y la garantía del respeto y la dignidad de todos los pacientes que necesitan un trasplante de hígado (Immanuel Kant, 1785).

5.18. EL UTILITARISMO

El utilitarismo según Jeremy Bentham es una teoría ética que sostiene que una acción es moralmente correcta si produce la mayor cantidad posible de felicidad o bienestar para la mayoría de las personas afectadas por ella. Según Bentham, la felicidad es el objetivo final de la vida y la moralidad debe basarse en la maximización del bienestar social. Para medir la felicidad, Bentham propone el principio de la "mayor felicidad para el mayor número", es decir, que se debe actuar para producir la mayor felicidad posible para el mayor número de personas. Bentham también desarrolló la idea de la "calculabilidad", que es la capacidad de medir la felicidad en términos cuantitativos. En resumen, el utilitarismo de Bentham es una teoría ética que busca maximizar la felicidad o el bienestar social a través de la medición y comparación de los resultados de diferentes acciones (jeremy bentham, 2008).

5.19. LA MUERTE COMO LA MEJOR OPCIÓN

En la literatura existen parámetros objetivos, que orientan a no realizar un trasplante hepático, pues la mortalidad puede llegar al 100% y se lo denominó como trasplante "fútil" y consiste que cuando el receptor presenta 3 o más insuficiencias, como es el caso de insuficiencia renal, el receptor está en hemodiálisis, insuficiencia cardíaca, el receptor está dependiente de dosis altas de droga vasoactiva (noradrenalina); insuficiencia

respiratoria, el receptor se encuentra en ventilación mecánica, en este particular los equipos de trasplante podrían contraindicar un trasplante basado en datos científicos puesto que se llevaría al paciente a una muerte segura en el procedimiento quirúrgico además de desperdiciar un injerto que podría ser utilizado en otro receptor con buenos resultados, por lo que en este caso en particular estaría totalmente justificada una conducta utilitarista restrictiva y beneficiar al paciente de una terapia paliativa proporcionándole una muerte digna sin dolor sin sufrimiento (Lai, 2016).

5.20. POLÍTICAS PÚBLICAS

Según el experto en políticas públicas, el jurista italiano Gustavo Zagrebelsky; podemos aplicar 5 conceptos de sus teorías al trasplante hepático (Gustavo Zagrebelsky, 2007):

- a. **Igualdad y equidad:** aplicar reglas objetivas para manejar la lista de trasplante hepático, reglas que garanticen transparencia, consistentes, sin discriminación por motivos irrelevantes como la posición económica o el estatus social.
- b. **Utilidad y beneficio social:** el cual hace referencia al utilitarismo, mayor beneficio a la mayor cantidad de gente posible, priorizando a los pacientes más jóvenes, con mayor oportunidad de sobrevivir a la cirugía y que más tiempo van a beneficiarse del injerto.
- c. **Transparencia y participación pública:** hace referencia que las reglas para la locación de órganos tienen que ser objetivas y conocidas por la sociedad, para generar confianza, y garantizar una participación activa de la sociedad y la comunidad para desarrollar sistemas de locación más efectivos y justos.
- d. **Basado en evidencia y revisión continua:** las políticas públicas deben basarse en evidencia científica lo más actualizada posible.
- e. **Solidaridad y responsabilidad colectiva:** considera que se debe aplicar el principio de solidaridad y responsabilidad colectiva, asumiendo que los órganos son limitados, justificando la colaboración nacional e incluso internacional para una distribución más justa.

5.21. ANTÍTESIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

El austrohúngaro Friedrich August Von Hayek, fue un economista, jurista y filósofo ganador del premio nobel en 1974; en su libro “La Fatal Arrogancia”(F.A. Hayek, 2020) describe con elocuencia, como la influencia y/o intervención de un estado, por medio de políticas públicas, solo llevan a un sistema deletéreo contraproducente e ineficaz, y defiende la no intervención estatal y el libre mercado, el cual nace desde lo individual, con la inteligencia personal de cada individuo con la capacidad de tomar decisiones basadas en su propia experiencia e inteligencia, asumiendo que el individuo es más inteligente y eficaz que un estado para saber que es lo mejor para cada uno, en este contexto podemos aplicar también el concepto de “la mano invisible” de Adams Smith (Smith A., 2008), aplicándolo en el contexto de trasplante hepático, si no existiera un estado intervencionista que manipula y monopoliza este tratamiento, el trasplante podría realizarse en cualquier institución pública o privada, se daría una sana competencia por ofrecer el mejor servicio al menor costo posible entre las instituciones así el mercado se autorregularía, el costo sería el justo y necesario como describe el mismo Hayek en su libro “El Orden Espontaneo” (Hayek F, 1982) los pacientes con posibilidades económicas se trasplantarían en los mejores hospitales privados al menor costo posible, y los pacientes sin recursos económicos lo harían en instituciones públicas gratuitamente, con la opción de hacer un esfuerzo para pagar el mejor servicio médico o poder escoger en que hospital público desea realizárselo, lo que crea una saludable competencia entre las instituciones intentando ofertar el mejor servicio al menor costo, que es el fundamento de la mano invisible, llevando al trasplante a mejorar y optimizar los resultados.

En este punto en particular, con lo que respecta al sistema ecuatoriano de trasplante, se puede dar la razón a Hayek, la fatal arrogancia del ministerio de salud pública, que cree ser más inteligente que el individuo e interviene monopolizando el trasplante hepático, ya que es únicamente el ministerio de salud pública quien acredita los equipos de trasplante y con la ordenanza de que el procedimiento tiene que ser realizado de manera gratuita para el paciente y con un desembolso de una cantidad específica de dinero público (control de precios) para cubrir los gastos del trasplante, lo que se contrapone a las ideas de Hayek y Smith. Causando así el cierre de equipos de trasplante de excelencia como el del hospital Metropolitano en la capital, y mediocretizando el trasplante en el Ecuador dando los malos resultados expuestos en este documento.

El trasplante hepático es un procedimiento mediático, y el único propósito reconocible del político de turno a cargo del ministerio de salud pública es usar el trasplante como plataforma política para ganar notoriedad personal y usar eso como plataforma política para el siguiente cargo, en ningún momento se reconocen buenas intenciones o preocupación por el individuo, al ser este un documento académico la prioridad del análisis es criticar a las políticas por sus resultados y no por sus intenciones.

La palabra derecho, se la puede considerar como una palabra “hegemónica” la cual, usada al inicio de una frase, convierte a la misma en una frase de poder, “derecho fundamental”, derecho a la salud” dándole características de doxa, no susceptibles de discusión o reflexión, convirtiendo casi en una herejía dudar de la misma y sus propósitos.

En este punto vamos a analizar los 4 principales argumentos de un académico, recalcando el hecho de dejar de lado las buenas intenciones de los políticos populistas que usan frases de poder para ganar electorado, ante una problemática en particular vamos a acudir a los argumentos de un académico reconocido del austrohúngaro Friedrich August Von Hayek, que fue un economista, jurista y filósofo ganador del premio nobel en 1974 (Gómez Betancourt, 2008).

1. Ineficiencia económica: la intervención estatal con la gratuidad de servicios de salud genera ineficiencias y distorsiones en el mercado por una ineficiente asignación de recursos dependiente de un sistema centralizado.
2. Racionamiento y falta de incentivos: al no existir un costo directo para los usuarios existe un aumento de la demanda del servicio sin una correspondiente capacidad para satisfacerla lo que resulta en listas de esperaras prolongadas y una disminución de la calidad.
3. Libertad individual y responsabilidad personal: Hayek sostiene que la salud es una cuestión personal y que los individuos deben tener la libertad de tomar decisiones sobre su atención medica sin intervención estatal, además de que la provisión estatal gratuita puede erosionar la responsabilidad individual y la capacidad de las personas de tomar decisiones sobre su propia salud.

4. Asignación de recursos y prioridades: Hayek argumenta que la gratuidad de servicios médicos puede conducir a una mala asignación de estos, ya que no existe un mecanismo claro para determinar cuáles son las prioridades valiosas y si existe un real beneficio para la sociedad.

Capítulo 3

6. Resultados

1. Aumento de la demanda: la cirrosis y la enfermedad hepática es una de las 10 principales causas de muerte en el Ecuador, por lo tanto, no faltan, si no por lo contrario sobran pacientes para trasplantar.
2. Disminución de la oferta: se evidencia que existe un número considerado bajo de trasplantes hepáticos en territorio ecuatoriano.
3. La ley: en el Ecuador existe una ley paternalista que otorga derechos iguales e inalienables al paciente, obligando a las instituciones a brindar un servicio médico integral sin discriminación. En este punto y haciendo relación con la justicia distributiva, considerando que el trasplante hepático en el Ecuador, se lo puede realizar únicamente en hospitales del estado o del Seguro social, sin ningún costo para el paciente, la única igualdad relevante en este aspecto es la igualdad del individuo frente a la ley, pues ningún aspecto económico o social interfiere en la locación del individuo en la lista de trasplante.
4. El injerto: el injerto donado es considerado un instrumento, que pasa a ser propiedad del estado, y este por medio de los equipos acreditados deciden a qué receptor implantar.
5. Locación: la locación de órganos es por medio de una escala de gravedad, MELD, por lo tanto, se llegan a trasplantar sólo pacientes graves.
6. Gravedad del paciente: si tomamos en cuenta que el MELD mínimo para poder entrar a lista de trasplante es de 15, y que el rango de MELD con el que más se trasplantan en Ecuador va de 10 a 19; podemos evidenciar que en el Ecuador se trasplanta a pacientes no tan graves con un MELD considerado bajo.
7. La mortalidad en trasplante hepático: se registra una mortalidad considerada baja para un procedimiento de tanta complejidad.

8. La edad: la edad del receptor no es una contraindicación para el trasplante hepático, La edad en la que la mayoría de cirróticos fallece en el Ecuador es de > 65 años, y los equipos trasplantadores no listan a pacientes > 65 años.
9. Mortalidad en lista y post trasplante: una mortalidad en la lista es considerada baja 18,5% lo mismo ocurre con el postrasplante: 0,25 (INEC, 2021).
10. Número de pacientes listados: los datos demuestran un número considerado bajo a la hora de listar a los pacientes, de 2013 a 2014 apenas 27 pacientes fueron listados, y actualmente se encuentran listados 8 pacientes (INDOT, 2023).
11. Trasplante fútil: Existen parámetros objetivos y respaldados científicamente para considerar a un receptor, extremadamente grave como para contraindicar un trasplante hepático y no realizar el trasplante, para no prolongar su sufrimiento con un procedimiento tan invasivo, el cual va a tener un 100% de mortalidad si se realiza, pero estos parámetros no están relacionados con la edad, y se lo denomina trasplante “fútil” y consisten en la presencia de 3 o más insuficiencias (Lai, 2016).
12. AUTONOMIA TOTALITARIA: Los equipos de trasplante hepático acreditados en el Ecuador, tienen un poder y autonomía totalitaria y libertad completa para decidir sobre la locación de órganos donados, sin ningún tipo de control, auditoría o fiscalización.
13. Justicia: la justicia distributiva, se basa fundamentalmente en la ética, tomando en cuenta que no se puede discriminar a los pacientes por su edad o su gravedad, sobre todo cuando la edad no es una contraindicación absoluta, y cuando la mayoría de las pacientes que necesitan un trasplante hepático en el territorio ecuatoriano tienen >65 años. Tampoco se puede discriminar por su gravedad, ya que el sistema usado para la locación, el sistema MELD usa justamente la gravedad como criterio para incluir y priorizar los pacientes en lista.
14. La ética: es dinámica, y más en un contexto de la medicina, que está en continuo proceso de mejora y evolución, lo que hoy se considera éticamente correcto, una nueva terapia o procedimiento puede cambiar la perspectiva y

- mañana no necesariamente puede ser considerado correcto. El trasplante como fin último, no como medio al servicio de egos profesionales con resultados y estadísticas casi perfectas, pagando un costo muy alto, pacientes con indicación y esperanza de vida sin ni siquiera entrar en lista de trasplante.
15. La realidad: un estado paternalista por medio de una Constitución puede prometer ostentosa y utópicamente salud gratuita de calidad y calidez para todos, sin embargo, eso no es posible, no hay ni órganos, ni recursos, ni condiciones económicas o infraestructura, para trasplantar a todos los cirróticos de Ecuador, por lo que los equipos adoptan una posición utilitarista y ética de intentar salvar la vida a los que más posibilidades de vida tienen.

Precisamente es la filosofía, la que pone en tela de juicio, por medio de una duda metódica, todo aquello que se asienta como normal o como un doxa, el Ecuador ha tenido más de una decena de Constituciones, la última escrita mayormente por individuos sin títulos de tercer o cuarto nivel, políticos sin ningún merito académico o social, por lo que sería absurdo, considerar a la Constitución ecuatoriana una especie de palabra o ley sagrada, es un pedazo de papel, en el que se puede escribir cualquier sin sentido, uno de los errores más grandes es juzgar las políticas y programas por sus intenciones, más que por sus resultados. Sin embargo, desde un punto de vista técnico y práctico para Gustavo Zagrebelsky el derecho y el deber tienen que converger en un punto para poder funcionar, el derecho establece las reglas y las normas para que se pueda aplicar apropiadamente la justicia, pero en contrapartida el individuo tiene que actuar con un deber moral de responsabilidad de cumplir tales normas (Gustavo Zagrebelsky, 2007). Por lo que es lógico creer en la necesidad de una Constitución, es justo y necesario, sobre todo para proteger al individuo del estado, un estado entendido como es conceptualizado por David Hume: “aparato burocrático que monopoliza la violencia” (Hume David, 2005)

7. Discusión

A pesar de que Uruguay, tiene una población considerablemente menor, 3,48 millones de habitantes, comparada al Ecuador, con 17,62 millones de habitantes y considerando que en Uruguay la enfermedad hepática crónica o cirrosis no se encuentran entre las 10 principales causas de muerte (Ministerio de Uruguay, 2021), sin embargo cuando comparamos el número de trasplantes hepáticos, notamos que en Uruguay (Mainardi et al., 2020) se realizan más trasplantes que en Ecuador: en este país desde el 14/07/2009 al 14/07/2019 se realizaron 190 trasplantes con una media de 19 trasplantes (Mainardi et al., 2020) por año, en cuanto en Ecuador se realizaron 96 trasplantes en 6 años con una media de 16 trasplantes por año (INDOT, 2023).

La mortalidad del trasplante hepático en el Ecuador es de 0,25% (Dueñas Muñoz, 2016) está por debajo de las relatadas por otros equipos por ejemplo con la de Uruguay con el 7,4% (Mainardi et al., 2020) o Belo Horizonte-Brasil con el 25,7% (García Ferreira et al., 2013) o de equipos con mucha experiencia como el de Barcelona-España con el 29% (Lama Borrajo et al., 2001) estos datos se podrían explicar de dos maneras, o que los equipos, infraestructura y programas del Ecuador son mejores a los de Uruguay, Brasil y Barcelona, o porque los pacientes trasplantados están en mejores condiciones, trasplantando con un MELD menor, que es lo que parece que sucede puesto que en Ecuador el MELD con el que se trasplanta va de 10 a 19 (Mora Lazo, 2015); y en Uruguay la media es de 21 (Mainardi et al., 2020); la mortalidad en lista de trasplante en Ecuador (Mora Lazo, 2015) también menor 18,5 versus 19% en Uruguay (Mainardi et al., 2020) y 25,7% en Belo Horizonte Brasil (García Ferreira et al., 2013).

Otro dato relevante para mencionar es el escaso número de pacientes enlistados en el Ecuador apenas 8 (Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, 2023), no se describe la media de tiempo de espera del paciente en lista, ya en Colombia el número de pacientes listados en 1 año es de 168 (Instituto Nacional de Salud, 2021): el tiempo de espera en lista en Belo Horizonte es de 265,5 días en media (García Ferreira et al., 2013). Lo que nos orienta a pensar que en Ecuador se listan pocos

pacientes seleccionados que esperan poco tiempo en lista ya que no existe evidencias claras de que faltan órganos y que muchos pacientes mueren en lista de trasplante.

La última palabra de listar o no a un paciente por MELD o por Las situaciones especiales, es del equipo trasplantador, y son decididas de manera anárquica e independiente por cada equipo de trasplante sin ningún tipo de fiscalización o control de calidad, y si a esto ¿le sumamos la estadística casi perfecta encontrada de los resultados de trasplante que divergen de la realidad relatada en otros países, se establece que pueden existir políticas de selectividad estrictas que dejan sin esperanza de tratamiento al cirrótico en territorio Ecuatoriano?.

El sistema de salud y la Constitución ecuatoriana, que es paternalista y utópica, asegura y garantiza una accesibilidad universal y gratuita el trasplante hepático, en la que teóricamente todo paciente cirrótico debe trasplantarse, sin embargo, la realidad económica y de recursos en el Ecuador es incompatible, para cumplir estas expectativas el estado debería ser omnisciente, omnipresente y omnipotente, y es muy evidente que para referirnos a nuestros líderes o gobernantes podemos usar una variedad de adjetivos calificativos menos el de Dioses. Políticas pretenciosas, utópicas y paternalistas, primero, y no menos graves, son materia prima ideal para populistas de turno con pretensiones electorales. Segundo el individuo se convence de que sus necesidades son obligaciones de un estado incompetente, que sus necesidades son el problema de otros no del individuo, incentivando así la mediocretización de naciones enteras. Tercero grandes cantidades de dinero de los contribuyentes son asignadas para programas fracasados comandados por políticos incompetentes de mala administración, derroche irresponsable del gasto público, que para los involucrados nunca es suficiente y siempre se necesita de más dinero, inclusive si la salud económica del pueblo se vea comprometida, el estado no tiene la capacidad de producir dinero, siempre es el dinero del contribuyente, impresión monetaria con su consecuente efecto inflacionario o deuda externa que es endeudar a las futuras generaciones,

Por lo que el utilitarismo justificaría en cierta parte las políticas de selectividad restrictivas reconocidas en los programas de trasplante hepático en el Ecuador, la inclusión del sistema de salud privado y/o de aseguramiento privado de salud como sucede en otros

países de primer mundo como Estados Unidos puede ayudar a desahogar el sistema público de salud y permitir que el cirrótico pueda trasplantarse, actualmente en el Ecuador solo centros de salud públicos o del seguro social pueden acreditarse, y el procedimiento del trasplante es gratuito, los pocos hospitales privados con acreditación pueden realizar el procedimiento pero de manera gratuita para el paciente y esperar que el costo lo pague el estado de la manera y los costos que el estado entienda, si se permitiera que el paciente pueda costear los gastos del procedimiento, sin pagar por el injerto, se podría trasplantar eficazmente una buena parcela de pacientes. Mecanismo que se realiza en varios países donde el trasplante hepático es una realidad eficaz. Podemos usar como ejemplo el hospital privado “Albert Einstein” de Sao Paulo-Brasil que en el 2011 realizó 301 trasplantes; 198 hepáticos, 92 renales, 3 páncreas-riñón, 4 corazón, 4 pulmón (Albert Einstein, 2020).

Considerando la alta complejidad de este procedimiento, sus particularidades y el alto riesgo de sesgos éticos por parte de equipos autónomos se identifica la posibilidad de mejorar y aplicar la justicia distributiva y la ética, que es, de la misma manera en que han solucionado este inconveniente en países como Brasil (MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, 2009) donde la actividad trasplantadora es ejemplar, que sería la creación de una cámara técnica, que reciba los pedidos de inclusión en lista de trasplante, en las diferentes modalidades: por MELD, situaciones especiales, y que sea esta la que decida aceptar o no, fiscalice conductas de extrema selectividad de los equipos, exija estadísticas y datos claros a los equipos acreditados y decida basados en estadísticas claras y objetivas cada año, cuantos puntos extras se da a las situaciones especiales para hacerlos competitivos a estos pacientes cuidando que las situaciones especiales no lleguen a monopolizar la lista, llame la atención.

Como descrito previamente, la ética es dinámica y más aún es la bioética ya que los avances médicos son diarios, la creación de una cámara técnica en trasplante hepático puede traer la solución a varios problemas bioéticos, y mejorar la justicia distributiva, como lo ha hecho en otros países donde el trasplante es una realidad.

Capítulo 4

8. Conclusiones

1. Se reconocen políticas de selectividad y restrictivas para incluir en la lista de trasplante hepático a los pacientes cirróticos en el Ecuador que afectan directamente los resultados, y la bioética.
2. Se reconoce conflictos de interés justificados por un aparente utilitarismo en las políticas de selectividad y restrictivas presentes actualmente en el sistema de trasplantes hepáticos en el Ecuador.
3. Se reconoce una solución a la problemática de bioética presente en el sistema de trasplantes hepáticos en el Ecuador, que es la conformación de una “cámara técnica” e involucrar a entidades privadas de aseguramiento de la salud o el autofinanciamiento del paciente.

Referencias Bibliográficas

- Aiello, F. I., Bajo, M., Marti, F., Gadano, A., & Musso, C. G. (2017). Model for End-stage Liver Disease (MELD) score and liver transplant: Benefits and concerns. *AME Medical Journal*, 2(11), Article 11. <https://doi.org/10.21037/amj.2017.10.10>
- Albert Einstein. (2020). *RESPONSABILIDAD SOCIAL*. <https://www.einstein.br/es/sobre-el-einstein/responsabilidad-social/colaboraciones-publicas/proyectos-apoyo-sus>
- Ayloo, S., Pentakota, S. R., & Molinari, M. (2018). Trends of characteristics and outcomes of donors and recipients of deceased donor liver transplantation in the United States: 1990 to 2013. *World Journal of Transplantation*, 8(5), 167-177. <https://doi.org/10.5500/wjt.v8.i5.167>
- Biggins, S. W., & Bambha, K. (2006). MELD-based liver allocation: Who is underserved? *Seminars in Liver Disease*, 26(3), 211-220. <https://doi.org/10.1055/s-2006-947291>
- Brito, U. (2021). *Indagación en torno al ser de los seres vivos y su relación con el ser humano en el pensamiento de Martin Heidegger* [Tesis de grado, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO]. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000810854/3/0810854.pdf>
- Caballero, J. F. (2006). *La Teoría de la Justicia de John Rawls*.
- Casado, M., & Baroni, M. J. L. (2018). *Manual de bioética laica (I)*.
- Cervantes-Alvarez, E., Vilatoba, M., Limon-de la Rosa, N., Mendez-Guerrero, O., Kershenobich, D., Torre, A., & Navarro-Alvarez, N. (2022). Liver transplantation is

- beneficial regardless of cirrhosis stage or acute-on-chronic liver failure grade: A single-center experience. *World Journal of Gastroenterology*, 28(40), 5881-5892.
<https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i40.5881>
- Cienfuegos, J. A. (2017). Thomas E. Starzl (Le Mars, Iowa, 1926-2017). *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 109(4), 0-0.
- Dueñas Muñoz, A. M. (2016). *Estudio descriptivo sobre causas de morbilidad y mortalidad en pacientes de edad igual o mayor a quince años receptores de trasplante hepático en el Hospital Metropolitano de Quito—Ecuador desde diciembre del 2009 a diciembre del 2014*.
<http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/12604>
- Durand, F., Levitsky, J., Cauchy, F., Gilgenkrantz, H., Soubrane, O., & Francoz, C. (2019). Age and liver transplantation. *Journal of Hepatology*, 70(4), 745-758.
<https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.12.009>
- F.A. Hayek. (2020). *Vol. I. LA FATAL ARROGANCIA. Los errores del socialismo. 4.^a edición (532)—Unión Editorial*. <https://www.unioneditorial.net/libro/vol-i-la-fatal-arrogancia-los-errores-del-socialismo/>
- Garcia Ferreira, L., Rezende Anastácio, L., Soares Lima, A., & Touslon Davisson Correia, M. I. (2013). Los predictores de mortalidad en pacientes en lista de espera para trasplante hepático. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 914-919.
<https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6333>
- Ginès, P., Krag, A., Abraldes, J. G., Solà, E., Fabrellas, N., & Kamath, P. S. (2021). Liver cirrhosis. *Lancet (London, England)*, 398(10308), 1359-1376.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01374-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01374-X)

- Gómez Betancourt, R. (2008). LA TEORÍA DEL CICLO ECONÓMICO DE FRIEDRICH VON HAYEK: CAUSAS MONETARIAS, EFECTOS REALES. *Cuadernos de Economía*, 27(48), 47-69.
- González, J. B. A., Villavicencio, D. P. G., Menendez, R. J. C., Toapanta, F. M. G., Avila, S. I. V., & Andrade, J. S. P. (2020). Trasplante Hepático: Supervivencia global del receptor en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM*, 19(2), Article 2. <https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n2.2020.657>
- González-Domínguez, E., Córdova, D., Abad, P., González, E., González, C., & Cordero, J. J. (2022). Cardiomiopatía en el paciente con cirrosis hepática: Artículo de revisión. *Hepatología*, 3(2), 131-142. <https://doi.org/10.52784/27112330.154>
- González-Domínguez, E., Córdova, D., Abad, P., González, E., González, C., Cordero, J. J., Flores, L., & Aguirre-Bermeo, H. (2022). Protocolo de inmunosupresión en trasplante hepático: Revisión de la literatura. *Hepatología*, 3(1), 40-56. <https://doi.org/10.52784/27112330.147>
- Gunarathne, L. S., Rajapaksha, H., Shackel, N., Angus, P. W., & Herath, C. B. (2020). Cirrhotic portal hypertension: From pathophysiology to novel therapeutics. *World Journal of Gastroenterology*, 26(40), 6111-6140. <https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i40.6111>
- Gustavo Zagrebelsky. (2007). *El derecho dúctil* | Gustavo Zagrebelsky. <http://www.trotta.es/libros/el-derecho-ductil/9788498796728>
- Hayek F. (1982). *ORDEN ESPONTANEO*.

- Hume David. (2005). *Libro Tratado de la Naturaleza Humana, David Hume*, ISBN 9788430942596. <https://www.buscalibre.es/libro-tratado-de-la-naturaleza-humana/9788430942596/p/1515111>
- Immanuel Kant. (1785). *Fundamentación para una metafísica de las costumbres— Alianza Editorial*. <http://www.alianzaeditorial.es/libro/filosofia/fundamentacion-para-una-metafisica-de-las-costumbres-immanuel-kant-9788420608495/>
- INDOT. (2009, 2023). *Estadísticas INDOT – Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células*. <http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/estadisticas-indot/>
- INEC. (2021). *Registro Estadístico de Defunciones Generales 2021*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Metodolog%C3%A1Da_EDG_2021.pdf
- Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células. (s. f.). *Ingreso a Lista de Espera Única Nacional—LEUN | Ecuador—Guía Oficial de Trámites y Servicios*. Recuperado 18 de julio de 2023, de <https://www.gob.ec/indot/tramites/ingreso-lista-espera-unica-nacional-leun>
- Instituto Nacional de Salud. (2021). *Instituto Nacional de Salud, Dirección de Redes en Salud Pública Subdirección Red de Trasplantes y Bancos de Sangre Grupo Red Donación y Trasplantes. Informe Ejecutivo Red de Donación y Trasplantes. Colombia*. <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/informe-ejecutivo-red-donacion-y-trasplantes-2020.pdf>

- Iwakiri, Y., & Trebicka, J. (2021). Portal hypertension in cirrhosis: Pathophysiological mechanisms and therapy. *JHEP Reports*, 3(4), 100316. <https://doi.org/10.1016/j.jhepr.2021.100316>
- jeremy bentham. (2008). *Principios moral de jeremy bentham*. <https://www.iberlibro.com/buscar-libro/titulo/principios-moral/autor/jeremy-bentham/>
- Kamath, P. S., Wiesner, R. H., Malinchoc, M., Kremers, W., Therneau, T. M., Kosberg, C. L., D'Amico, G., Dickson, E. R., & Kim, W. R. (2001). A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology*, 33(2), 464-470. <https://doi.org/10.1053/jhep.2001.22172>
- Lai, J. C. (2016). A framework to determine when liver transplantation is futile. *Clinical Liver Disease*, 8(6), 137-139. <https://doi.org/10.1002/cld.589>
- Lama Borrajo, C., Ramos Rubio, E., Figueras Felip, J., Rafecas Renau, A., Fabregat Prous, J., Torras Torra, J., Busquets Barenys, J., Mora López, L., López Ben, S., Baliellas Comellas, C., & Jaurrieta Mas, E. (2001). Mortalidad en el trasplante hepático: Causas y período de máxima incidencia. *Cirugía Española*, 70(4), 177-181. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(01\)71873-8](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(01)71873-8)
- Lingiah, V. A., Niazi, M., Olivo, R., Paterno, F., Guarrera, J. V., & Pysopoulos, N. T. (2020). Liver Transplantation Beyond Milan Criteria. *Journal of Clinical and Translational Hepatology*, 8(1), 69-75. <https://doi.org/10.14218/JCTH.2019.00050>
- Llongo Simbaña, P. J. (2017). *Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células y las consecuencias jurídicas generadas en el procedimiento de*

donantes cadavéricos. [BachelorThesis, Quito: UCE].

<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/9165>

Mainardi, V., Menéndez, J., Valverde, M., San Martín, G., Prieto, J., Noceti, O., Botto, G., Medina, J., Martínez, P., Montañó, C., Castelli, J., Pedemonte, I., Gestal, A., Adler, F., Elizondo, M., Vanerio, P., Cervera, V., González, S., Harguindeguy, M., ... Gerona, S. (2020). Resultados del Programa Nacional de Trasplante Hepático del Uruguay a 10 años de su inicio. *Revista Médica del Uruguay*, 36(4), 4-36. <https://doi.org/10.29193/rmu.36.4.2>

Malinchoc, M., Kamath, P. S., Gordon, F. D., Peine, C. J., Rank, J., & ter Borg, P. C. (2000). A model to predict poor survival in patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunts. *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 31(4), 864-871. <https://doi.org/10.1053/he.2000.5852>

Mallik, M., Singhai, A., Khadanga, S., & Ingle, V. (2022). The Significant Morbidity and Mortality Indicators in Patients of Cirrhosis. *Cureus*, 14(1), e21226. <https://doi.org/10.7759/cureus.21226>

Manrique, R. G., & Pedreira, M. E. B. (2018). *El cuerpo diseminado: Estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos*. Thomson Reuters Aranzadi. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=714948>

Millson, C., Considine, A., Cramp, M. E., Holt, A., Hubscher, S., Hutchinson, J., Jones, K., Leithead, J., Masson, S., Menon, K., Mirza, D., Neuberger, J., Prasad, R., Pratt, A., Prentice, W., Shepherd, L., Simpson, K., Thorburn, D., Westbrook, R., & Tripathi, D. (2020). Adult liver transplantation: UK clinical guideline - part 2: surgery

- and post-operation. *Frontline Gastroenterology*, 11(5), 385-396.
<https://doi.org/10.1136/flgastro-2019-101216>
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. (2018). *INSTRUCTIVO DONACION Y TRASPLANTE HEPATICO ADULTO Y PEDIATRICO*.
https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-11/Instructivo_Donacion_y_Trasplante_Hepatico_Adulto_y_Pediatrico.pdf
- Ministerio de Uruguay. (2021). *Cifras preliminares de mortalidad según causa de muerte—Primer semestre 2021*. Ministerio de Salud Pública.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/cifras-preliminares-mortalidad-segun-causa-muerte-primer-semestre-2021>
- MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE. (2009). *PORTARIA Nº 2.600, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009*.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html
- Mora Lazo, G. J. (2015). *Causas de indicación de trasplante hepático y mortalidad en lista de espera del programa de trasplante del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficiencia de Guayaquil. Enero 2013 a marzo 2014*. [Tesis de grado, Universidad católica de Santiago de Guayaquil].
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/4184>
- Parra Echeverría, J. C. (2017). *“Equidad de trasplante hepático en Ecuador”*.
<http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/123456789/13028>
- Republica del Ecuador. (2008). *Constitucion del Ecuador*.
https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf
- Sergio, M., & Filho, de B. (s. f.). *Ética e vergonha na cara!*

- Smith A. (2008). *The Invisible Hand: Adam Smith (Penguin Great Ideas) de Smith, Adam: Very Good Paperback (2008)*.
<https://www.iberlibro.com/9780141036816/Invisible-Hand-Adam-Smith-Penguin-0141036818/plp>
- Smith, A., Baumgartner, K., & Bositis, C. (2019). Cirrhosis: Diagnosis and Management. *American Family Physician, 100*(12), 759-770.
- Svenaesus, F. (2010). What is an organ? Heidegger and the phenomenology of organ transplantation. *Theoretical Medicine and Bioethics, 31*(3), 179-196.
<https://doi.org/10.1007/s11017-010-9144-y>
- Tarao, K., Nozaki, A., Ikeda, T., Sato, A., Komatsu, H., Komatsu, T., Taguri, M., & Tanaka, K. (2019). Real impact of liver cirrhosis on the development of hepatocellular carcinoma in various liver diseases—Meta-analytic assessment. *Cancer Medicine, 8*(3), 1054-1065. <https://doi.org/10.1002/cam4.1998>
- Wong, R. J., & Singal, A. K. (2020). Trends in Liver Disease Etiology Among Adults Awaiting Liver Transplantation in the United States, 2014-2019. *JAMA Network Open, 3*(2), e1920294. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20294>
- Yunta, E. R. (2009). TEMAS PARA UNA BIOETICA LATINOAMERICANA. *Acta bioethica, 15*(1), 87-93. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100011>
- Zhai, M., Long, J., Liu, S., Liu, C., Li, L., Yang, L., Li, Y., & Shu, B. (2021). The burden of liver cirrhosis and underlying etiologies: Results from the global burden of disease study 2017. *Aging (Albany NY), 13*(1), 279-300.
<https://doi.org/10.18632/aging.104127>

