

Manual de Procedimiento Judicial

para la Provincia de Santa Fe, adoptado para la provincia de Formosa.

Acta N° 2772, punto Segundo, del 25/09/2013.

PROCESO DE DONACION Y TRASPLANTE
DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.

Prólogo.

Dr. Armando Mario Perichon.

Sin duda Argentina es un país complejo, aun con fuertes contradicciones y asimetrías. En este contexto, la donación de órganos no escapa a dichas reglas.

Se hace necesario tomar conciencia, informar adecuadamente a la Sociedad y esta obra significara un aporte extraordinario, seguramente será un material de consulta permanente para que los diversos estamentos del Poder Judicial obtengan la mejor y mas adecuada información. Comprendiendo que la Donación y el Trasplante de Órganos es hoy en todo el mundo un PROBLEMA BASICO DEL SISTEMA SANITARIO, son los profesionales e Instituciones asistenciales los mayores actores en el proceso de lograr mayor cantidad de donantes, pero no deja de ser esencial la participación del Poder Judicial en la aplicación correcta de la Ley que regula la actividad, sin desconocer la baja tasa de descarte de donaciones por problemas judiciales en nuestro país.

La identificación de posibles donantes no se realiza mediante voluntarios de ONG - que de hecho cumplen el rol de sensibilizadores de la Sociedad-, ni por pedidos agónicos y desesperados en los medios de comunicación, sino por la efectiva identificación de potenciales donantes en las Unidades Asistenciales y es por ello que necesitamos Organizaciones de Procuración eficientes, profesionales -esto incluye capacitación del recurso humano y reconocimiento económico- y altamente motivados.

Por lo tanto es necesario que el Sistema Sanitario Público o Privado y todos los Poderes del Estado involucrados incorporen la problemática como suya, como parte del Servicio que se le brinda a una Comunidad.

Junto a esto es necesario además, fomentar una mayor equidad en el acceso al trasplante, a la lista de espera, a la medicación inmunosupresora, etc. Se debe reconocer que en países como los nuestros, existe una deuda pendiente con los que menos tienen y están enfermos, muchas de las Insuficiencias orgánicas que llevan al trasplante serán y de hecho algunas ya lo son, verdaderas “epidemias”, por lo que es imprescindible planificar ágil y dinámicamente sus diversos niveles de atención.

El Sistema de Procuración de órganos de nuestro país tiene potencialmente todo y ha logrado éxitos espectaculares en los últimos años, solo falta un mayor compromiso de todos los actores que intervienen en este nuevo ciclo vital y es en este

sentido, que este manual viene a llenar un espacio necesario en un ámbito de enorme interrelación con la temática de la donación de órganos, por lo que me es grato felicitar a los autores por tan importante idea y esperar que dicha obra cumpla, con los objetivos de brindar una correcta información a sus usuarios.

INDICE.

Introducción.

Las Etapas del Proceso Donación – Transplante de Órganos y Tejidos.

I- Los Potenciales Donantes.

- 1- Potenciales donantes vivos.
- 2- Potenciales donantes cadavéricos.

II- Los criterios para el diagnóstico de muerte.

- 1- El criterio cardiorespiratorio.
- 2- El criterio neurológico.

III- La evaluación de un potencial donante cadavérico.

- 1- La detección de un potencial donante cadavérico.
- 2- La evaluación general del potencial donante.
 - a- La evaluación biomédica.
 - b- La evaluación neurológica. Determinación de la muerte encefálica.
 - c- La búsqueda de manifestación expresa de voluntad.
 - d- Acreditación de vínculos e identificación del donante y sus familiares.

IV- Los profesionales intervinientes.

- 1- El coordinador operativo.
- 2- El coordinador médico.
- 3- El neurólogo.
- 4- El coordinador hospitalario.
- 5- Los otros profesionales.

V- Intervención judicial en el proceso donación trasplante de órganos y tejidos.

- 1- Cuestiones Penales: Autorizaciones legales.
 - a- Competencia del Juez Penal.
 - b- Plazos.
 - c- Requisitos a verificar.
 - d- Resolución judicial.
 - e- Eventos posteriores a la resolución judicial.

2- Cuestiones Civiles: Autorizaciones legales.

a- Competencia del Juez Civil.

b- Plazos.

c- Requisitos a verificar.

d- Resolución judicial.

e- Eventos posteriores a la resolución judicial.

f- Procedimiento judicial especial para cuestiones extrapatrimoniales.

3- Situaciones en las cuales se prohíbe la ablación.

VI- La ablación de órganos y tejidos.

1- La distribución del material de trasplante.

2- Las actividades posteriores al operativo de trasplante.

VII- Breve compendio de un proceso de ablación y con intervención judicial.

VIII- Anexo.

Modelo sugerido de resolución judicial autorizando la ablación de órganos.

Introducción:

El presente Manual de Procedimiento Judicial, está destinado a informar sobre las formas de actuación de los distintos fueros, en el Proceso de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, frente a situaciones en las cuales se requiera de su intervención.

La finalidad de este texto es la de proporcionar una herramienta a los distintos operadores, que les permita acceder en forma ágil y dinámica a la información básica necesaria para llevar a cabo su tarea con la urgencia que se impone.

Toda la actividad relativa a la donación, ablación e implantes de órganos está regulada por la Ley Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos N° 24.193 y su modificatoria N° 26.066. Esta ley incluye no sólo a los profesionales del área de la salud que intervienen en los dispositivos de procuración de órganos y tejidos para trasplante, sino también a los magistrados y funcionarios judiciales y policiales, cuya actuación se requiere en ciertos casos.

En la provincia de Formosa Santa Fe, la institución que tiene a su cargo esta labor es el Centro Único Coordinador de Ablación e Implantes de Formosa (CUCAIFOR).

El objetivo básico de esta institución es gestionar el proceso de donación - trasplante y la coordinación de todos los aspectos referidos a la procuración de órganos y tejidos para trasplante.

Las Etapas del Proceso Donación – Trasplante de Órganos y Tejidos.

El proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos, es la célula básica del funcionamiento de las instituciones de procuración.

Se trata del dispositivo de gestión que se desarrolla a partir de la identificación de un potencial donante en un centro de salud, hasta el eventual trasplante de los órganos ablacionados. En este dispositivo intervienen todas las áreas del centro de salud en donde transcurre, es coordinado por el coordinador operativo del CUCAIFOR y desarrollado por un equipo interdisciplinario de profesionales.

Para que existan trasplantes es necesario además de un receptor, un donante vivo o cadavérico.

I- Los Potenciales Donantes.

a. Potenciales Donantes Vivos:

En estos casos, el donante deberá ser mayor de dieciocho -18- años de edad, pariente del receptor, consanguíneo o por adopción hasta el cuarto grado o su cónyuge o una persona que sin ser su cónyuge conviva en relación de tipo conyugal no menor a tres años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida. Este lapso se reducirá a dos años si de dicha relación hubieren nacido hijos. -Art. 15. Ley 24.193 y modificatoria 26.066-.

En los supuestos de implantación de médula ósea, no rigen las limitaciones de parentesco si el donante es mayor de dieciocho -18- años. Los menores de dieciocho -18- años, podrán ser dadores de médula ósea con autorización de sus padres o representante legal y sólo cuando exista respecto del receptor el vínculo de parentesco previsto en el Artículo 15 antes citado.

Los vínculos familiares o la representación se acreditan con la documentación pertinente, aunque la ley permite que en caso de urgencia o a falta de otra prueba, el vínculo sea acreditado mediante Declaración Jurada, debiendo acompañarse la documentación dentro de las cuarenta y ocho -48- horas. -Art. 19 ter Ley 24.193 y modificatoria 26.066-.

En caso de concubinato, se verificará que tengan el mismo domicilio en el Documento Nacional de Identidad o bien deberá acreditarse mediante la declaración de tres testigos, que hubo convivencia o relación de tipo conyugal no menor a tres años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida. Este lapso se reducirá a dos años si de dicha relación hubieren nacido hijos, con justificación de vínculo.

El donante se identifica mediante su Documento Nacional de Identidad, o bien y en casos excepcionales mediante el estudio de las huellas digitales, a través de la autoridad policial competente.

b. Potenciales Donantes Cadavéricos:

Los potenciales donantes cadavéricos son personas que se encuentran en estado de “Parada Cardiorrespiratoria Definitiva” o “Muerte Encefálica”.

II- Los criterios para el diagnóstico de muerte.

Existen dos criterios biológicos para diagnosticar la muerte:

1- El criterio cardiorrespiratorio: Cuando acontece el paro cardíaco en forma definitiva e irreversible -el cual puede derivar de múltiples estados de enfermedad-, a los pocos minutos y por falta de irrigación celular, se producirá la muerte de todas las estructuras que conforman el encéfalo, tales como los hemisferios cerebrales, el cerebelo y el tronco encefálico que incluye el mesencéfalo, la protuberancia y el bulbo raquídeo. La misma deriva en paro respiratorio, atento a que el centro que comanda esta función está localizado en el bulbo. La situación siguiente a este proceso, será inevitablemente la muerte del organismo en su conjunto.

Se ha detallado hasta aquí, la forma como se desarrolla encadenadamente todo el proceso de la muerte, hasta que el evento final de la misma se establece en forma definitiva, el cual como se ha explicitado, dura escasos minutos.

La realidad determina la validez de órganos obtenidos por fallecimiento en situación de parada cardíaca, siempre que se puedan aplicar procedimientos de preservación de órganos en la persona fallecida. Esta modalidad de obtención de órganos está validada por la realidad clínica y ampliamente admitida por los profesionales del trasplante de órganos, tanto a nivel nacional como internacional, así se ratifica en la Conferencia sobre Donantes en Asistolia. Maastricht. Holanda. Marzo de 1995¹.

¹ MAASTRICHT. Los esfuerzos para aumentar las reservas de donantes acudiendo a los DCP, tanto controlados como incontrolados, llevó a una amplia aceptación del trasplante como un tratamiento para la enfermedad renal en su etapa final; es decir, que ya no se considera una investigación y hay quien plantea que no es un medio desproporcionado. En marzo de 1995 hubo una reunión en Maastricht sobre este tipo de donación y allí se establecieron las siguientes doce cláusulas:

1. El hecho de que los órganos de DCP se hayan considerado para el trasplante es un resultado directo de la disminución de los donantes de órganos en vista de que la lista de espera sigue creciendo. El uso de los órganos de DCP pueden ser un modo valioso para aumentar la disponibilidad para trasplantes.
2. Solo hay datos aislados del número potencial de DCP y del costo del procedimiento. Hay que recoger más información para evaluar la eficacia de este procedimiento.
3. El concepto de DCP está evolucionando. Además, es importante mostrar que los resultados justifican el trabajo, los gastos, etc., y que son buenos. Es necesario incluir a los registros los datos de DCP.
4. Para métodos de extracción y de preservación, hay que usar soluciones que estén de acuerdo con el estado del conocimiento científico. Se debe considerar la máquina de perfusión para los riñones.
5. No se puede comenzar el programa de DCP sin un protocolo escrito, aprobado por el comité ético médico local.
6. En adelante, para mayor entendimiento y consistencia, los informes relacionados con la obtención y trasplante de órganos de DCP se deben referir a las "Categorías de Maastricht".
7. Los procedimientos para las categorías II y III solo pueden comenzar 10 minutos después del cese del masaje cardíaco y la ventilación artificial para asegurar la regla del donante muerto.

En estos casos, actualmente sólo es posible ablacionar para trasplante, córneas, válvulas cardíacas, algunos componentes del sistema osteoarticular, vasos sanguíneos o piel, existiendo además la posibilidad poco habitual de la ablación renal.

2- El Criterio Neurológico: En los casos de muerte encefálica, la localización de la lesión primaria se encuentra en el encéfalo y puede derivar de múltiples lesiones tales como heridas por proyectiles de armas de fuego, hemorragias, infartos, traumatismos de cráneo, asfixias o cualquier otra enfermedad que produzca una lesión neurológica encefálica irreversible, que dañe todas las estructuras funcionales que lo componen.

Esta lesión que determina en forma definitiva la pérdida de las funciones del encéfalo, conlleva también al paro respiratorio, función que puede ser suplida durante un período de tiempo, por medios artificiales tales como las asistencias mecánicas respiratorias. Asimismo permite que el corazón -sostenido por drogas vasopresoras- siga latiendo durante un tiempo que oscila desde minutos u horas hasta días, según reporta la literatura médica. La situación que se describe es la de la muerte diagnosticada bajo criterios neurológicos, es decir la lesión irreversible del cerebro, que junto con el tronco cerebral y el cerebelo están muertos, lo cual puede también denominarse “paro cerebral”, para homologarlo en su denominación y sus implicancias al “paro cardíaco”. La persistencia de la actividad cardíaca no implica que en este lapso el sujeto este vivo. Resulta claro que la situación de muerte encefálica puede solamente encontrarse en las Unidades de Cuidados Intensivos, ya que parte de las funciones biológicas deben ser mantenidas artificialmente. Es en este período, en el cual se abre la posibilidad de donación de órganos para trasplante.

La muerte diagnosticada bajo “criterios neurológicos” se distingue de la muerte bajo “criterios cardiorespiratorios” o "tradicional", no en el hecho de la muerte en sí misma y como evento que indica la finalización de un proceso, sino en los criterios para certificar fehacientemente, que el origen del evento es diferente.

8. El tiempo de isquemia en DCP debe contarse desde el momento del paro cardíaco hasta el inicio de la caída de la temperatura, independientemente del período de reanimación cardiopulmonar.

9. Hay que desarrollar mejores métodos para medir la viabilidad de los órganos de DCP.

10. El diagnóstico de la muerte deben hacerlo uno o varios médicos, independientes del equipo de trasplantes.

11. Es necesario educar al público y mantener la apertura en los protocolos de DCP, para ganar la confianza general y prevenir fracasos en los programas.

12. Algunos sistemas de consentimiento presunto permiten instalar un instrumento para preservar los órganos antes del contacto con la familia. En países sin legislación de consentimiento presunto, hay que buscar -según los que firman esta propuesta- que se favorezca la preservación.

La tecnología permite en el caso de pacientes que mueren como consecuencia de lesiones cerebrales, el sostén artificial y mecánico de algunas funciones del cuerpo, como lo es la oxigenación y la circulación. Se trata del cuerpo de una persona fallecida que está conectado a medios artificiales. Tradicionalmente se la ha denominado muerte cerebral o encefálica, aunque sólo debería llamársela muerte, porque lo único que ha variado en esta forma de fallecer, son los signos médico-legales para certificarla.

En estos casos, el fallecimiento se produce sólo cuando se destruye la delicada estructura encefálica. Estas lesiones llevan a la muerte porque en esta estructura están localizados centros vitales sin los cuales es imposible vivir. Entre ellos se encuentran los centros que regulan y permiten la respiración, la regulación cardiocirculatoria o funciones más complejas como el despertar y la conciencia, o la conexión con los estímulos externos o internos, cuya función es indispensable para la vida.

La muerte encefálica se certifica a través de los signos neurológicos y no por el paro cardiorrespiratorio.

Para ello, el médico debe demostrar:

- a- La existencia de una causa objetivable y de suficiente magnitud como para producir la muerte.
- b- La existencia de paro respiratorio definitivo con asistencia mecánica respiratoria obligada.
- c- La existencia de coma apneico y arrefléxico pudiendo existir movimientos de decorticación.
- d- La ausencia de actividad encefálica certificada a través de estudios complementarios tales como:

d.1- Electroencefalograma.

d.2- Potenciales evocados somatosensitivos.

d.3- Ecodoppler transcraneal.

d. 4- Arteriografía selectiva de los grandes vasos del cuello.

En estos casos, la ablación puede ser monorgánica o multiorgánica. Es posible donar los tejidos antes mencionados y los denominados órganos perfundidos tales como corazón, pulmones, riñones, páncreas, hígado, intestinos, etc.

III- La Evaluación de un Potencial Donante Cadavérico.

Este proceso está caracterizado por la emergencia, la cual se definirá en la singularidad de cada caso. Si bien cada una de ellas es diferente a las otras, es posible delimitar criterios generales a los efectos de su ordenamiento.

1- La detección de un potencial donante cadavérico.

a- Se procede a la identificación por parte del médico tratante, personal paramédico o familiares del potencial donante, de pacientes con diagnóstico clínico de muerte encefálica o con paro cardiorrespiratorio definitivo.

b- Se recepciona en la Guardia Operativa del CUCAIFOR, el aviso de la existencia de un potencial donante en un centro de salud determinado. Esta información puede provenir del médico de un servicio, de personal paramédico o espontáneamente de la familia del potencial donante.

2- La evaluación general del potencial donante.

El Coordinador Operativo del CUCAIFOR realizará una primera evaluación sobre la viabilidad de desarrollo del mismo y deberá contactarse con el Coordinador Médico y con el Área de Neurología para coordinar las distintas evaluaciones neurológicas.

a- La evaluación biomédica.

El coordinador médico determinará el estado general del donante y la viabilidad de cada uno de sus órganos, indicando las evaluaciones a seguir para el desarrollo del mantenimiento cadavérico.

b- La evaluación neurológica.

Se evalúan los parámetros clínicos generales de muerte encefálica, arbitrando los medios necesarios para la determinación diagnóstica de la misma, acorde a las leyes vigentes.

La certificación del fallecimiento deberá ser suscripta por dos médicos, entre los que figurará por lo menos un neurólogo o neurocirujano. Ninguno de ellos deberá podrá participar en el equipo de ablación e implante de órganos del fallecido -art.24-. Es un diagnóstico preciso, con exámenes clínicos y estudios complementarios según el caso, acordes con la regulación legal vigente. En nuestro país, el cese irreversible de las funciones del encéfalo, y los signos médico-legales requeridos para su certificación, están explicitados en el ordenamiento jurídico desde 1977 con la Ley 21.541, modificada en 1987 por la Ley 23.464. En la actualidad, están plasmados en la Ley 24.193 de 1993 -artículos 23 y 24- y en su decreto reglamentario N° 512/95, texto actualizado por Ley 26.066 del año 2005.

En el mismo sentido, el Artículo 103 del Código Civil Argentino establece que “el fin de las personas se produce con la muerte natural de las mismas”. Los artículos 23 y 24 de la ley 24.193 complementan al Código, estableciendo los signos médicos y los tests que se deben efectuar para certificar el fallecimiento. También se encuentran en vigencia, normativas médicas que complementan esta ley, encontrándose las actuales en el “Protocolo Nacional para Certificar el Diagnóstico de Muerte bajo Criterios Neurológicos” -Muerte Encefálica-, aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación por Resolución 275/2010 del 09 de febrero de 2010, publicada en el Boletín Oficial el 16/02/2010. Esta Resolución derogó la antes vigente de la ex Secretaría de Programas de Salud N° 34 del 20 de marzo de 1998.

c. La búsqueda de manifestación expresa o presunta de voluntad.

El coordinador operativo deberá buscar la existencia de manifestación expresa de voluntad afirmativa o negativa, en todos los casos de persona capaz mayor de dieciocho -18- años o emancipada. Esto se verificará en el Documento Nacional de Identidad y-o en el Sistema Informático Nacional de Trasplante de Órganos -SINTRA-. No existiendo manifestación expresa en contrario, se lo considerará donante presunto y se solicitará a sus familiares el testimonio de última voluntad del fallecido -Artículo 21 de la Ley N° 24.193-. El testimonio de familiares de orden superior excluye a los de orden inferior, en caso de contradicción se lo considera donante presunto.

d- Acreditación de vínculos e identificación del donante y sus familiares.

Los vínculos familiares o la representación se acreditan con la documentación pertinente, pero la ley permite que en caso de urgencia o a falta de otra prueba, el vínculo sea acreditado mediante declaración jurada, debiendo acompañarse la documentación dentro de las 48 horas. -Artículo 19 ter.-. En caso de concubinato, se verificará que tengan el mismo domicilio en el Documento Nacional de Identidad o bien deberá acreditarse mediante la declaración de tres testigos que hubo convivencia o relación de tipo conyugal, no menor a tres años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida. Este lapso se reducirá a dos años si de dicha relación hubieren nacido hijos, con justificación de vínculo.

Para los casos de menores de dieciocho -18- años no emancipados se solicitará la autorización a sus padres o representante legal. Necesariamente, ambos padres deben autorizarlo, la negativa de uno de ellos impide la ablación.

Ante inexistencia, ausencia de ambos o de uno de los padres o representante legal se dará intervención al Ministerio Pupilar. -Artículo 19 ter.-.

IV- Los Profesionales Intervinientes.

Cuando el personal de Guardia del CUCAIFOR es informado sobre la existencia de un potencial donante cadavérico en cualquiera de las instancias anteriormente mencionadas, intervienen los profesionales que a continuación se detallan:

1- El coordinador operativo.

Puede ser cualquier profesional entrenado y su función es organizar las distintas etapas del operativo. Esto obedece a que un eje de esta actividad es el trabajo con los familiares del potencial donante y la coordinación y organización de los recursos humanos que intervienen en el dispositivo tales como: personal de la unidad de cuidados intensivos, equipos de trasplante, jueces, policía, etc.

2- El coordinador médico.

Es un profesional de la salud que tiene a su cargo la evaluación del potencial donante cadavérico y el mantenimiento orgánico del mismo. Su competencia es el equivalente al Jefe de Guardia de un establecimiento asistencial.

3- El neurólogo o neurocirujano.

Es un médico neurólogo cuya función es la evaluación neurológica y la determinación de la muerte encefálica. Es uno de los responsables de la certificación de la muerte, lo que instrumentará a través de un acta especialmente diseñada para tal fin.

4- El coordinador hospitalario.

Es un profesional médico, que surge del Programa Federal de Trasplante en algunos hospitales de alta complejidad. Se selecciona generalmente a un especialista en Terapia Intensiva del mismo hospital y es contratado por el INCUCAI. Ejerce las mismas funciones descritas en los ítems 1 y 3. En algunos establecimientos asistenciales puede ser médico y coordinador operativo.

5- Los otros Profesionales.

Durante el montaje de este dispositivo participan profesionales de distintas disciplinas tales como, laboratoristas, ablacionistas, ecografistas, tomografistas, etc.

V- Intervención Judicial en el Proceso Donación Trasplante de Órganos y Tejidos.

1- Cuestiones Penales. Autorizaciones Legales.

El Coordinador Operativo se comunica telefónicamente con el Juez o Secretario del Juzgado que entiende en la causa, informándolo de la existencia de una persona fallecida por causa violenta o dudosa de criminalidad, el cual se constituye en potencial donante.

a- Competencia del Juez Penal:

El Juez Penal deberá intervenir en los casos de muerte violenta o dudosa de criminalidad -Artículo 22 Ley 24193-. Según el delito y la edad del imputado, será competencia del Juez de Instrucción, Correccional o de Menores, según los casos:

a.1- Homicidio doloso con imputado mayor de edad: Juez de Instrucción.

a.2- Homicidio culposo con imputado mayor de edad: Juez Correccional.

a.3- Homicidio doloso o culposo con imputado menor de edad: Juez de Menores.

Atento a que el cuerpo es objeto de prueba, se requiere autorización judicial para la ablación de órganos y tejidos. La intervención es urgente, considerando que luego del diagnóstico de muerte cerebral sólo se dispone de un plazo de pocas horas para realizar la ablación con éxito. Según los casos, será recomendable que el juez concorra a la Unidad de Terapia Intensiva y confeccione acta y/o resolución en el lugar. En casos de urgencia, se puede dejar constancia de la autorización y/o dictamen brindado, en forma telefónica.

b- Plazos:

El Juez Penal tiene un plazo perentorio de seis -6- horas, a partir de la certificación de la muerte, para resolver respecto de la autorización de la ablación. Dentro de ese lapso, deberá dar intervención al médico que competa -médico forense, policial o el que cumpla tal función en el lugar-, a los efectos de que dictamine si los órganos o tejidos que resulten aptos para ablacionar no afectarán las pericias a realizar en el examen autopsico. -Artículo 22-.

La ley no prevé la intervención del Ministerio Fiscal, pero puede requerirse si el juez lo considera pertinente y/o conveniente.

La ley es un tanto confusa en cuanto a los plazos. El artículo 23 establece que los signos de muerte “deben persistir ininterrumpidamente durante seis -6- horas”, mientras que el artículo 24 indica que “la hora del fallecimiento” será aquella en que por primera vez se constataron los signos previstos en el artículo 23.

Resultaría prudente que el Juez que entiende en la causa, comience con las diligencias preliminares al momento en que se le notifica de la existencia de un potencial donante y con un primer diagnóstico de muerte. De esta manera, la decisión que corresponda tomar cuando se verifique el diagnóstico, resultaría en un ahorro de aproximadamente seis horas en el proceso muerte-donación-ablación, resultando en una sustancial mejora en la operatividad y resultados médicos del proceso en su conjunto. Resulta significativo advertir que una errónea interpretación de estos plazos, conduciría a que se dictara resolución en un plazo que podría alcanzar las 12 horas, con el consiguiente deterioro de los órganos del donante.

c- Requisitos a verificar.

c.1- Que se encuentre debidamente acreditada la calidad de donante de órganos.

c.2- La Certificación del fallecimiento acorde a las normativas vigentes. Art. 24.

c.3- Dictamen del médico donde conste que los órganos o tejidos que resulten aptos para ablacionar no afectarán los exámenes periciales de autopsia.

d- Resolución Judicial.

El Juez deberá autorizar o no la ablación mediante resolución fundada, con especificación de los órganos o tejidos autorizados o no a ablacionar, de conformidad con el dictamen del médico actuante. En caso de negativa, la resolución judicial deberá estar justificada -Artículo 22-. Esta resolución debe ser informada al CUCAIFOR mediante la entrega de una copia.

e- Eventos posteriores a la resolución judicial.

Luego de la resolución autorizando la ablación, el Jefe del Equipo que realiza la ablación debe informar de inmediato y pormenorizadamente al Juez que entiende en la causa -Artículo 22 bis- respecto de:

e.1- Los órganos ablacionados en relación con los autorizados a ablacionar.

e.2- El estado de los mismos, como así también el eventual impedimento de ablacionar alguno de los órganos autorizados.

e.3- Demás circunstancias que establezca la reglamentación.

2- Cuestiones Civiles. Autorizaciones Legales.

El Coordinador Operativo se comunica telefónicamente con el Juez o Secretario del Juzgado que entiende en la causa, informándolo de la existencia de una persona fallecida por causas naturales, la cual se constituye en potencial donante y que requiere de la intervención de un Juez Civil.

a- Competencia del Juez Civil:

El Juez Civil en Turno, solo intervendrá ante situaciones de Muerte Natural ante la solicitud de donación de ciertos órganos de donante vivo sin relación parental o de concubinato con el receptor.

Es de destacar que la ley no prevé expresamente para todas las situaciones la intervención de los Jueces Civiles. Así, en caso de muerte natural, no existiendo manifestación expresa del difunto el Dec. 521/95 (T.O Dec. 1949/06), establece en su Artículo 21 la participación del responsable del establecimiento y de la autoridad policial para la búsqueda de parientes y establece que de no encontrarlos en el término de seis -6- horas, se lo ha de considerar donante presunto.

b- Plazos:

En los casos de su competencia, el Juez Civil deberá expedirse dentro de un plazo de seis -6- horas de producido el deceso. -Artículo 21-. Se reitera la conveniencia de que comience la intervención judicial a partir del primer diagnóstico de muerte, con los mismos criterios expresados en las situaciones penales.

c- Requisitos a verificar:

En los casos de su competencia, se contemplan requisitos análogos a los de las situaciones penales, en cuanto a la calidad del donante y a la correcta certificación de la muerte. Respecto de la autorización para la ablación de órganos de un cadáver, rige la ley 24.193, con la modificación introducida por la ley 26.066, que establece la figura del “donante presunto”. Atento a que se trata de una cuestión civil no se requiere de profesionales médicos oficiales que efectúen dictamen alguno respecto de futuros dictámenes periciales.

d- Resolución Judicial:

Autorizando o no la ablación, según estén o no reunidos los presupuestos legales para ello.

e- Eventos posteriores a la resolución judicial:

Son análogos a las situaciones Penales.

f- Procedimiento judicial especial para cuestiones extrapatrimoniales: Es de considerar que la ley de trasplantes prevé en su Artículo 56 un procedimiento especialmente rápido en el orden federal para las acciones civiles que se entablen tendientes a obtener una resolución judicial sobre cuestiones extrapatrimoniales relativas a trasplante de órganos y tejidos, diversas a la antes mencionada y que

prevé el Artículo 21 de la misma ley. Tal podría ser el caso de donación entre vivos sin vínculos parentales, como así también todas las circunstancias que puedan presentarse en la materia que regula la ley y que no han sido expresamente contempladas. En estos casos es competente el juez en lo civil del domicilio del actor.

3. Situaciones en las cuales se prohíbe la ablación: (Art. 27 Ley 24.193 y 26.066)

1- Falta de requisitos y previsiones.

2- Negativa expresa del fallecido.

3- Mujer en edad gestacional sin haber verificado inexistencia de embarazo en curso.

4- Si el profesional médico actuante ha atendido y tratado al fallecido durante su última enfermedad y por los profesionales médicos que diagnosticaron su muerte.

5- Sobre cadáveres de pacientes internados en Institutos Neuropsiquiátricos. Si bien la ley no lo prevé expresamente, debería considerarse como excepción a las internaciones transitorias o voluntarias.

VI- La Ablación de Órganos y Tejidos.

1- Distribución del Material de Trasplante.

Las ablaciones de órganos o tejidos se programan y coordinan con los equipos de ablacionistas y acordes a las características del óbito según el caso.

En la muerte encefálica intervienen en primera instancia los cirujanos que ablacionan los órganos sólidos y el bazo, posteriormente se ablacionan las córneas, válvulas cardíacas, algunos componentes del sistema osteoarticular, vasos sanguíneos o piel.

En la muerte por parada cardíaca definitiva el ordenamiento técnico a seguir es: Válvulas cardíacas, córneas, algunos componentes del sistema osteoarticular, vasos sanguíneos o piel, existiendo además la posibilidad poco habitual de la ablación renal.

La distribución del material ablacionado se realiza mediante una lista donde constan los órganos requeridos para cada donante específico y generada por el Sistema Informático Nacional de Trasplante -SINTRA-.

2- Actividades Posteriores al Operativo.

Posteriormente al operativo de trasplante se retorna a los servicios e instituciones que participaron, a fin de evaluar la actividad desarrollada y resolver dificultades.

Se realizan además distintos contactos con los familiares del donante, para informarlos acerca de la distribución de los órganos ablacionados.

VII- Breve Compendio de un Operativo de Trasplante con Intervención del Juez Penal.

1- Un médico de un determinado centro asistencial detecta la existencia de un potencial donante cadavérico.

2- Se informa a la Guardia del CUCAIFOR.

3- El profesional del CUCAIFOR asiste al centro asistencial, efectúa la evaluación médica del potencial donante y constata el óbito por los mecanismos técnicos que la ley prevé.

4- Determinado el estado de muerte cerebral y de resultar donante, si la causa de muerte fuera violenta o dudosa de criminalidad, el coordinador operativo informará de la situación al Juez Penal que entiende en la causa.

Juez Instrucción: Homicidio doloso, imputado mayor de edad.

Juez Correccional: Homicidio culposo, imputado mayor de edad.

Juez Menores Homicidio doloso o culposo, imputado menor de edad.

5- El coordinador operativo informa a los familiares de la situación legal del obitado, como donante de órganos y tejidos.

6- El juez penal ordenará al médico forense de la localidad, que se constituya en forma urgente en el centro asistencial a los efectos de:

a- Dictaminar respecto de si la ablación de órganos o tejidos, puede o no afectar los exámenes periciales de autopsia, informando inmediatamente al Juez que entiende en la causa.

b- Para los casos en los cuales se dictamine que la ablación total o parcial de órganos y tejidos no afectará los exámenes periciales de autopsia, deberá confeccionar por triplicado un “Acta de Dictamen Médico Referida a la Conveniencia o Inconveniencia de la Ablación de Organos y Tejidos”. El original quedará en poder del coordinador operativo, el duplicado en poder del CUCAIFOR y triplicado en poder del médico actuante.

c- Para los casos en los cuales se dictamine sobre la no conveniencia de la ablación de órganos y tejidos, deberá informarlo inmediatamente al Juez que

entiende en la causa. Asimismo confeccionará un informe del mismo tenor, por triplicado, todos ellos firmados, informando sobre los motivos de su determinación, de los cuales el original queda en poder del Coordinador Operativo, quien informará inmediatamente al Juez que entiende en la causa, sobre la posibilidad del cierre del operativo de transplante, el duplicado queda en poder del CUCAIFOR y el triplicado deberá ser remitido por el médico que emitió el dictamen, al juez que entiende en la causa.

7- El Coordinador Operativo, con el original y duplicado del “Acta de Dictamen Médico Referida a la Conveniencia o Inconveniencia de la Ablación de Organos y Tejidos” se constituye ante el Juez que entiende en la causa, a los efectos de que éste resuelva la autorización o no de la ablación, mediante resolución judicial fundada. Es de destacar que, atento a que la mayor parte de los casos son situaciones de extrema urgencia, puede contemplarse la posibilidad de que el Juez anticipe su autorización en forma verbal, de lo cual deberá dejar debida constancia.

8- Luego de la ablación, el jefe, subjefe o quien fuera designado del equipo que realice la ablación deberá informar de inmediato y pormenorizadamente al Juez, respecto de:

- a. Los órganos ablacionados en relación con los autorizados a ablacionar.
- b. El estado de los mismos, como así también el eventual impedimento de ablacionar alguno de los órganos autorizados.
- c. Demás circunstancias que establezca la reglamentación.

MODELO SUGERIDO DE RESOLUCION AUTORIZANDO ABLACIÓN.

Acta a confeccionarse en la Unidad de Terapia Intensiva.

En la ciudad de, siendo las _____ horas del día _____ se constituye el Tribunal _____ en el Hospital/Sanatorio _____.

Requerida la intervención del Médico forense, comparece en el lugar el médico Dr. _____, encontrándose presentes en este acto _____.

Todo ello en virtud de la solicitud de ablación de órganos del fallecido _____ Preguntado por S.S. si el causante es donante expreso -Artículo 19° Ley 24.193- -T.O de la Ley 26.066-, o si se ha requerido a sus familiares el testimonio de su última voluntad (Artículo 21 lex. cit), el Dr. _____ manifiesta que el caso está contemplado en las previsiones del Artículo _____ de la Ley 24.193 y exhibe _____ del que

se extrae fotocopia certificada y se agrega al presente. Asimismo, el profesional del CUCAIFOR Dr. _____, manifiesta que la ablación sería de los siguientes órganos y/ o tejidos:

Requerida la certificación del fallecimiento, se exhibe la misma suscripta por los Dres. _____

Seguidamente, S.S. solicita al médico forense actuante dictamine acerca de, si los órganos o tejidos que resulten aptos para ablacionar, no afectarán el examen de autopsia de conformidad con las previsiones del Artículo 22° Ley 24.193, a lo que el Dr. _____ manifiesta que: _____

Oído lo cual S.S. Resuelve: 1- Autorizar la ablación de los siguientes órganos y/o tejidos: _____

Ello por encontrarse reunidos los requisitos de ley y de conformidad con lo dictaminado por el médico forense, por cuanto resulta evidente que la ablación no

afectará los resultados de la autopsia a realizarse oportunamente en el Instituto Médico Legal. Asimismo, se hace saber al Jefe del equipo a cargo de la ablación, que deberá darse estricto cumplimiento a lo establecido por el Artículo 25 de la Ley 24.193 y modificatoria, como así también que deberá brindar de inmediato a este Tribunal la información prevista en el Artículo 22 bis de la citada Ley. 2- Disponer que en forma inmediata se comisione al médico forense a los fines del urgente levantamiento del cadáver y la gestión de su traslado a la Morgue Judicial. Con lo que no siendo para más firman los comparecientes luego de S.S y ante quien da fe. Conste.