

Aspectos bioéticos de la relación profesional de la salud-paciente en el trasplante

Bioethical aspects of the relationship between professional of health and transplant patient

Lic. Keytel García Rodríguez*

Recibido: 31 de marzo de 2010 **Aprobado:** 6 de abril de 2010

RESUMEN

El presente artículo intenta un acercamiento al tema de los aspectos éticos del trasplante de órganos, centrándose, fundamentalmente, en la relación que se establece entre el trabajador de la salud y el paciente o familiares de éste. Se trata de un grupo de reflexiones basadas en el quehacer profesional, en la atención a los pacientes en lista de espera y trasplantados, sus familiares, así como en los gabinetes de discusión; para ello, nos centramos en los principios básicos de la bioética y los dilemas éticos. Como conclusión esencial, se afirma que la relación equipo sanitario-paciente constituye, desde su dimensión comunicacional, una fuente demandante de profesionalidad, ética y humanismo ante los diferentes dilemas y conflictos éticos que se presentan.

Palabras clave: trasplante de órganos, ética, dilemas éticos, relación profesional de la salud-paciente.

ABSTRACT

The present article attempts an approach to the topic of the ethical aspects of the transplant of organs, being centered fundamentally in the relationship that settles down between the worker of the health and the patient or family of the same one. It is about a group of reflections based on our professional chore, in the attention to the patients in waiting list and transplanted, their relatives as well as in the discussion cabinets, basing us on the basic principles of the bioethics and ethical dilemmas. As essential conclusion we think that the relationship sanitarium-patient team constitutes from its communication dimension a demanding source of professionalism, ethics and humanism, before the different dilemmas and ethical conflicts that show up.

Keywords: organs transplant, ethics, ethical dilemmas, professional relationship of the health-patient.

* Magister en Psicología Clínica, psicóloga Hospital Cimeq, docente Sede Universitaria, Ciudad de La Habana, Cuba, correo electrónico: keytelgr@infomed.sld.cu

Introducción

El trasplante ha generado, desde hace años, interés, pero no únicamente desde el punto de vista médico, sino también a partir de otros aspectos: éticos, psicológicos, sociales y legislativos. Ha suscitado muchas controversias y destacado cuestiones bioéticas importantes.

Hay corrientes de opinión que no justifican el trasplante porque lo consideran una mutilación del cuerpo humano, esté con vida o no. Frente a esta posición ética, se alzan la mayoría de los bioeticistas y corrientes ético-culturales, que justifican el trasplante como un acto de beneficencia para aquella persona que ha perdido el funcionamiento de un órgano, muchas veces, arriesgando su propia vida.

Desde el punto de vista técnico, los avances han sido sorprendentes, y han abierto perspectivas terapéuticas hasta hace poco consideradas utópicas. Pero es que, además, el acto de la donación y de la recepción ha exigido una orientación hacia técnicas nuevas de información, de obtención del consentimiento, de comunicación de malas noticias, etcétera.

La relación que se pudiera establecer entre la ética y el trasplante de órganos sería inacabable y muy interesante desde el alcance futuro de su desarrollo. La posibilidad de una puesta en práctica más efectiva y confiable de los xenotrasplantes¹ o el trasplante con órganos artificiales que suplanten el adecuado funcionamiento de un órgano vital, el desarrollo de nuevos inmunosupresores, entre otros temas como la comercialización ilimitada de órganos en el mundo, serían aspectos susceptibles de debate, muy interesantes desde una visión ética y psicológica. Apoyándonos en nuestra profesión, la ciencia psicológica, enfatizamos, en el curso de nuestras reflexiones, en la naturaleza individual del proceso de interacción que se establece entre el equipo multidisciplinario, más específicamente, el profesional de la salud —ya sea el especialista médico, el cirujano, el anestesista, el enfermero, el psicólogo o el

psiquiatra y los pacientes y sus familiares—. En última instancia, el objetivo de este trabajo no intenta resolver los dilemas éticos presentes en relación a este proceder quirúrgico, sino reflexionar sobre ellos, desplegarlos sobre el tapiz de nuestra conciencia para incorporarlos en nuestro quehacer cotidiano como profesionales de la salud y como seres humanos.

Consideraciones generales sobre ética

La ética es la rama de la filosofía que estudia el comportamiento moral de los hombres de forma individual y colectiva. Su etimología proviene del griego *ethos*, que significa también costumbre, conducta, por lo que en ocasiones los términos moral y ética se utilizan como sinónimos, aunque en realidad la ética es la ciencia de la moral. La ética médica aborda las decisiones médico-morales relacionadas con las normas o valores, el beneficio o el perjuicio, lo justo o lo injusto, lo que debe llevarse a cabo o no en el contexto de la atención médica (González, 2005).

Ahora bien, la bioética es una disciplina que surge sobre la base de una vieja ciencia, la ética médica y cuyos conceptos, alcance, principios, campo de acción y objeto de estudio han despertado, en los últimos tiempos, interés en el ámbito médico y en las profesiones afines relacionadas con la medicina. El término bioética (ética de la vida) proviene de la conjunción de dos voces latinas: del griego *bios*, que significa vida; y del latín *ethica*, que quiere decir ética (Hodelín, 2004). Los principios básicos de la ética son:

Principio de autonomía

Respeto a la autonomía de los demás, a sus decisiones, a la vida, a la dignidad y a la integridad corporal de las personas. Una consecuencia del principio de autonomía será el énfasis en la libertad de las personas implicadas, es decir, el reconocimiento de la voluntariedad y la necesidad de un conocimiento informado por parte del donante y del receptor. De ahí la importancia de que se proporcione a las personas

¹ Es el injerto de células, tejidos u órganos de una especie a otra (Franca, 2007).

implicadas una información completa acerca de las consecuencias que pudieran seguirse de la práctica del trasplante. Su manifestación clínica más acabada es el consentimiento informado o el consentimiento sustituto.

Principio de beneficencia y no maleficencia

Es hacer el bien, no hacer daño, aplicable a toda práctica médico-sanitaria, evitando procedimientos diagnósticos y terapéuticos peligrosos e innecesariamente invasivos. En el tema que nos ocupa, se enfatiza en la necesidad de que esta compleja técnica se realice en condiciones óptimas, condiciones que garanticen al máximo el buen resultado de la intervención. Una obvia consecuencia del principio de no-maleficencia es la lógica importancia de que no se infiera un daño desproporcionado a los donantes (vivos) y que el o los órganos extraídos se encuentren en condiciones que no produzcan perjuicio alguno a los receptores. En este caso, pueden venir a la mente diversos interrogantes. ¿El trasplante es la mejor opción para el paciente? Y en el caso del donante vivo, ¿no le estamos provocando un mal poniendo en riesgo su vida, por el bien de otra persona? En estos casos, se evidencian no sólo algunas de las controversias más comunes en el terreno trasplantológico, sino en cómo los propios principios éticos entran en conflicto entre sí, es el caso de la beneficencia y la no maleficencia, pero también ambas polemizan con el principio de la autonomía, pues ¿acaso no es decisión, en última instancia, del donante vivo acceder a este procedimiento?

Principio de la justicia

El principio de justicia se concreta, específicamente, en la afirmación de la igualdad de todas las personas susceptibles de beneficiarse con esta tecnología. Sería la no discriminación de ninguno de los posibles receptores por razón de raza, sexo, condición económica, género e, incluso, de modo relativo, edad, en la equitativa distribución de los órganos disponibles para trasplante. La vulnerabilidad de

este principio se evidencia, fundamentalmente, en la toma de decisión del equipo multidisciplinario para la distribución de los órganos entre los pacientes en la lista de espera, así como en el proceso de selección del receptor para incluirlo en esta lista.

Existen otros principios como el altruismo y, por ende, la no comercialización de órganos indiscriminadamente, además de la confidencialidad con respecto a la identidad del donante y su familia; la información no debe trascender el ámbito de la práctica médica. Igualmente, los metaprincipios cobran una vital importancia en las consideraciones éticas del trasplante de órganos, entre los que se encuentra la excelencia vista como dignidad, el diagnóstico razonado y la calidad técnica, confiriendo gran importancia social a la profesión. Asimismo, la tolerancia implica establecer una adecuada comunicación interpersonal que incluya una veracidad soportable en la información, la preparación conjunta para el futuro, independiente de cuál sea el pronóstico y la solidaridad humana en el plano individual y colectivo. En este caso, la relación profesional de la salud-paciente constituye un contexto de alta exigencia ética y moral, como analizaremos más adelante.

Como refiere Edelsys Hernández en su libro *Atención psicológica en el trasplante de órganos* (2007), el estudio de los dilemas éticos se ha convertido en uno de los temas filosóficos más actuales en el ámbito de la producción científico-intelectual. Éste se ha desarrollado con un enfoque multidisciplinario, que se proyecta en el pensamiento filosófico, médico, religioso, psicológico, jurídico y político. Tanto en la literatura como en el quehacer asistencial cotidiano, se han utilizado indistintamente los términos “problema ético” y “dilema ético”, los cuales deben ser diferenciados por su naturaleza, contenido y expresión.

El problema ético se concibe como: “aquellas cuestiones morales susceptibles de varias soluciones que se intentan resolver por medio de procedimientos científicos” (Mainetti, 1991).

Los problemas éticos en el ámbito hospitalario pueden relacionarse con aquellas situaciones que impliquen problemas morales, como la transgresión de determinadas reglas y normas morales del equipo sanitario o de los individuos que la integran, así como la desviación de la conducta médica-técnica moralmente establecida, la mala praxis profesional derivada de la negligencia, la incapacidad o mala organización del trabajo asistencial, entre otros.

Por otra parte, los dilemas éticos se refieren a

[...] las contradicciones entre valores o entre principios éticos que se presentan en el proceso de toma de decisiones en la práctica médica-asistencial, de modo que al cumplir con un principio o valor ético, necesariamente se contraviene otro, en tanto ambos son un deber para el médico (Mainetti, 1991, p. 61).

De todas formas, cuando de ética se trata, múltiples reflexiones suscitan en nuestro quehacer profesional, y en nuestra vida cotidiana, de forma general, hasta las preguntas más simples, en apariencia, que pueden encerrar un verdadero dilema ético. Algunas de ellas pueden ser las siguientes: ¿todo lo que se puede hacer en términos médicos o técnicos es éticamente posible?, ¿cuál es el límite entre lo que se puede hacer y lo que está permitido hacer?, ¿quién determina esos límites?, ¿existen las condiciones económicas y materiales para la realización exitosa de los tratamientos permisibles?, ¿es la técnica, siempre y por definición, intrínsecamente buena?, ¿puede haber conflictos entre el poder técnico y el deber moral?, ¿puede afectar nuestro comportamiento moral el bienestar físico de una persona?, ¿tenemos el derecho de decidir sobre la vida de otras personas?

A estas preguntas no se debe responder desde la convicción, enmarcada en unas normas fijas, preconcebidas y no modificables, sino desde la responsabilidad que acepta el riesgo de ensayar mediante decisiones deliberadas, consensuadas, racionales, razonadas y basadas en la experiencia, sabiendo que la equivocación y el error son posibles, y aceptando que

todas nuestras decisiones morales son siempre parciales, limitadas en el tiempo y susceptibles de examen, revisión y enmienda.

Aspectos éticos generales del trasplante de órganos

El avance de la ciencia médica y farmacológica, la introducción de técnicas quirúrgicas y anestésicas más adelantadas y de medicamentos inmunosupresores de mayor efectividad, la mejoría en los cuidados posoperatorios, entre otros factores, marcaron al trasplante como un hito médico en la sociedad contemporánea. Asimismo, ha planteado numerosas reflexiones en el orden ético, legal, humano, político, económico y social.

Mientras los órganos artificiales o los xenotrasplantes no lleguen a ser útiles, las únicas posibilidades existentes, en este sentido, involucran a una persona viva o un cadáver y, entonces, hay que apelar a la solidaridad de una persona, o de quien lo fue y de su familia, dejando al descubierto la complejidad del proceso de donación y de trasplante. Por este motivo, en el ámbito mundial, con determinados ajustes al interior de cada país, se han creado resoluciones, normativas, códigos de ética que regulan en los campos ético y legislativo el proceder quirúrgico.

Sin embargo, como hemos visto, los conflictos éticos se hacen presentes más allá de una mirada social, científica o puramente técnica. Los trasplantes plantean múltiples cuestiones sobre el significado de la muerte, la constitución de la identidad humana, las fronteras entre los individuos y entre las especies, las diferencias entre naturaleza y cultura, el tipo de ciencia biológica y médica que nuestra sociedad desarrolla, entre otros (Sanner, citado por Martínez, 2006).

Las bases éticas de la medicina general y de los trasplantes, en particular, están basados en el *principio de benevolencia*: hacer el bien, pero, ante todo, no producir daño. La meta del trasplante de órganos, desde sus comienzos, ha consistido en aliviar el sufrimiento y en

prolongar una vida. Es por ello que el equipo multidisciplinario, que debe estar conformado no sólo por médicos especialistas, cirujanos, anestesiólogos, enfermeros, sino también por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales; también debe ser un personal adecuadamente capacitado para atender a estas personas y afrontar con destreza las posibles situaciones y dilemas éticos que se nos presenten en el proceso de enfermedad de este individuo.

Nuestra atención no sólo radicaría en el proceder médico y quirúrgico que logre efectivamente la sobrevivencia de ese paciente, y el alivio a su sufrimiento, sino también el bienestar psicológico de esta persona. Cómo se siente, cuáles son sus principales inquietudes, temores, pensamientos, emociones, de qué manera esta persona puede verse menos afectada socialmente, cómo reinsertarla a la sociedad, a sus funciones familiares previas, al ámbito laboral o escolar, en qué medida su situación económica la afecta, y aspectos tan puntuales y que quizás pensamos en ocasiones que se encuentran al margen de la responsabilidad o el quehacer médico, como la lejanía de su residencia de la institución médica, las posibilidades de transporte, las condiciones higiénico-sanitarias que lo rodean cotidianamente, pueden influir en su bienestar general. Estos son algunos de los elementos que condicionan, quizás a largo plazo, la evolución del paciente y la calidad del injerto. Nuestro sistema nacional de salud trabaja arduamente por resolver algunos de estos problemas, demostrando el cumplimiento de los principios de la equidad y la ética, donde se sitúa al hombre, a la familia y a la comunidad en el centro de atención.

La relación profesional de la salud-paciente

La relación personal sanitario-paciente es una modalidad de las relaciones interpersonales que está predeterminada por la necesidad del enfermo de ser atendido técnicamente y la disposición obligada del médico o del

profesional de la salud en general. Varios factores intervienen en dicha relación, descritos detalladamente por el profesor Ricardo González en su libro *Humanismo, espiritualidad y ética médica* del 2005: las características generales de los participantes (su personalidad, su estado afectivo), la enfermedad del individuo que lo convierte en paciente, la técnica del médico, las defensas y distorsiones de la comunicación, los papeles que desempeñan y el medio social, entre otros.

La relación que se establece entre el médico y el paciente abarca matices que determinan la enfermedad que el segundo sufre y la orientación que el profesional de la salud sigue en el tratamiento. La entrevista en el consultorio, la visita en la sala, el contacto con los departamentos de investigación y análisis, la sala de operaciones, forman parte del tipo de relaciones necesarias (Hernández, 2007). Y es en estos contextos, en el espacio interactivo que ambos establecen, que afloran determinados valores morales, normas y códigos éticos, que incluso pueden afectar directa o indirectamente, de forma positiva o negativa, la evolución de la enfermedad, de la persona como portadora de esa enfermedad, de la confianza que pueda desarrollar en el equipo de trasplante, el prestigio del equipo y de la institución en sí misma.

Por supuesto, una adecuada actitud ética en la relación que se establece entre el equipo médico y el paciente e, incluso, sus familiares, requiere de una posición holista de sus integrantes, y la mayor responsabilidad recae sobre el personal más calificado, pues el enfermo y las personas más allegadas, se encuentran más vulnerables emocionalmente en el proceso de enfermedad. El profesional de la salud debe dominar no sólo aspectos técnicos de su especialidad, sino además los psicológicos; no se concibe una adecuada comunicación profesional, libre de iatrogenia, sin conocimientos básicos de psicología y valores como el humanismo, el respeto hacia el otro como ser humano antes de enfermo, el altruismo, y aspectos tan importantes como la empatía

y la incondicionalidad con ese ser que sufre. Es necesario tomar en consideración las características generales de su personalidad, su estado emocional, sus preocupaciones y temores principales, las actitudes ante la muerte, la enfermedad y la medicina.

Información, comunicación, identidad personal. ¿Cuál es el límite?

¿Qué informar al paciente? ¿Cuál es el límite de la información que vamos a brindar? ¿Qué hacer con una persona a la cual el estudio médico y psicológico general arrojó resultados insatisfactorios para un futuro trasplante? ¿Cómo los especialistas podemos comunicar sobre estos resultados haciéndole frente a la frustración de las aspiraciones de estos pacientes?

El especialista se convierte, ante todo, en un comunicador y no tiene otra opción que informar, de la mejor manera, con el fin de evitar posibles conductas iatrogénicas.² Algunos profesionales de la salud, sin intención de dañar o discriminar a los otros, sino respondiendo a sus propios temores e inseguridades, evaden esta responsabilidad, temiendo incluso a la reacción de la persona.

¿Y cuando el paciente se niega en un inicio a la posibilidad de un trasplante, impulsado por un mecanismo natural de negación, propio de las etapas de duelo psicológico que atraviesa durante el proceso de enfermedad y enfrentamiento a una nueva situación de pérdidas? ¿Los profesionales de la salud debemos interpretarlo como un rechazo absoluto, incluso sabiendo que está en riesgo su vida? El conocimiento de cada proceder no sólo debe ser puramente técnico médico y quirúrgico, sino también humano; debe conocer cuáles son sus posibles manifestaciones conductuales, reacciones emocionales, cómo puede funcionar la subjetividad humana en situaciones de crisis o de fuerte impacto emocional; cuáles son las etapas por las que un individuo transita ante

una situación de pérdida, de duelo —que no sólo es ante la pérdida de un ser querido, ni sólo implica muerte, sino también pérdida material, afectiva, de estatus, independencia, simbólica, social, económica, de acuerdo a cada caso—. Estos aspectos debe dominarlos el equipo multidisciplinario en su integralidad, pues de ahí derivan muchas de las decisiones médicas futuras.

En la tesis de doctorado de Edelsys Hernández (1990), pudo demostrarse que el hombre no sólo le teme a la muerte, sino a las limitaciones que la enfermedad impone a la realización sociopsicológica de la personalidad del enfermo. Pero el dilema ético, en este caso, no sólo se le presenta al profesional de la salud sino también al propio receptor. En los pacientes que esperan por el órgano a trasplantar, se generan contradicciones importantes: temen a su muerte y desean que llegue el momento de ser trasplantados, sin embargo, surge en ellos la contradicción de que, al desear su solución, están deseando la muerte de otra persona. Existen pacientes que, antes de trasplantarse, se afligen, aduciendo que se sienten “malas personas” y se cuestionan sus valores humanos al desear la muerte de otra persona para evitar la de ellos mismos (Hernández, 2007).

En este sentido, incluso, puede constituir una situación dilemática el deseo del receptor, después de trasplantado, de conocer a la familia del donante, lo cual no sólo puede implicar un simple acto de agradecimiento sino constituir una relación patológica y dañina a largo plazo para la propia persona. Igualmente, algunos pacientes, después de trasplantados, vivencian con ambigüedad el injerto de un órgano extraño dentro de su propio organismo, planteándose en la literatura incluso la existencia de un trasplante psicológico (Pérez y Martín, 2002), donde la persona pasa un periodo durante el cual debe acomodar a su integridad psicológica esta nueva parte de sí misma y aceptarla como suya, sin transgredir los límites de los sentimientos y vivencias del donante. Para algunos resulta muy difícil

² Son aquellas conductas que provocan un daño no intencional, pero inevitable, al paciente u hombre sano por parte de un profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones, ya sea por comisión u omisión de algún proceder.

y puede implicar dificultades en su identidad personal. El equipo multidisciplinario y, específicamente, los especialistas en psicología y psiquiatría, deben conocer estos elementos para poder manejar de una manera ética este dilema del paciente. Hoy se trasplanta espermatozoides, óvulos, sangre, córnea, hueso, médula ósea, piel, riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas, intestino, extremidades y, seguramente, la lista continuará ampliándose.

Una pregunta que surge es: ¿hasta cuál órgano podrá ser trasplantado sin que cambie la identidad personal? Cuando, técnicamente, el injerto de órganos del sistema nervioso central sea posible, ¿se establecerá dónde está el yo que no podrá ser reemplazado? ¿Será necesario definir con precisión el asiento físico de la conciencia, la afectividad y la comunicación? ¿Se podrá trasplantar el cerebelo o la médula, pero no el cerebro? Los avances de la biotecnología hacen pensar que, algún día, estas y otras preguntas necesitarán respuestas (Sundblad, 2002).

Igualmente, constituye un dilema, en el aspecto de la información y la comunicación al paciente, el cuidado que debemos tener en no producir falsas expectativas al paciente. Puede ocurrir, gracias a nuestras buenas intenciones por prolongar la vida de esta persona, que le comuniquemos la posibilidad de la realización de un trasplante cuando aún exista la posibilidad de que esta persona no se encuentre apta para dicho proceder. Constituye una iatrogenia, en el amplio sentido de la palabra, por todas las implicaciones psicológicas que esto puede traer consigo.

La selección del futuro receptor y la toma de decisiones

Lo anterior constituye uno de los principales dilemas éticos que se le presentan al equipo médico. Resulta imprescindible y altamente necesario el proceso de selección no sólo de un adecuado órgano, sino también del futuro receptor. Y nos preguntamos muchas veces cuando nos encontramos inmersos en esta

toma de decisión ¿hasta qué punto tenemos el poder o la responsabilidad de decidir que una persona puede ser o no trasplantada? ¿Hasta qué punto tenemos el derecho de negarle a una persona el derecho a la vida? ¿Hasta qué punto, incluso, tenemos el derecho de priorizar a un individuo sobre otro basándonos en la edad o en las otras complicaciones que puede presentar? ¿Es que acaso estamos jugando a ser dioses? ¿Es que acaso todo ser humano no tiene el derecho de vivir?

Por otro lado, nos planteamos otras interrogantes que, aunque no dejan de tener su justo valor, entran en conflicto con todo lo anterior, condicionado en gran medida por la escasez de donantes en relación con la cantidad de personas que necesitan ser trasplantadas. ¿Trasplantamos, por grandes cantidades, a toda aquella persona que lo requiera para prolongar su vida o priorizamos a aquella persona que con mayor seguridad cuidará de ese órgano tan valioso? ¿No sería mejor prever el posible rechazo de un injerto causado por la irresponsabilidad de un individuo que no sabrá cuidarlo y que, por ello, otra persona quizás sí hubiese preservado ese órgano? ¿Y, acaso, será posible prever estos comportamientos? ¿Cuál es el límite, cómo saber que no nos estamos equivocando? Cada toma de decisión implica un riesgo posible a equivocarse, sólo que en este caso estamos hablando de la vida de un ser humano.

Evidentemente, esta decisión requiere de una discusión bien detallada, de un seguimiento de esa persona que no ha sido aceptada para trasplantarla, y de la consideración de otras alternativas de tratamiento o de un futuro trasplante.

Desde el punto de vista médico, es importante seleccionar adecuadamente al futuro receptor porque la regulación de los trasplantes de órganos establece que se debe realizar el injerto en aquellos casos portadores de una enfermedad en estado terminal, cuya muerte se hace inminente en un plazo de seis meses a un año.

Hernández refiere que, desde el punto de vista psicológico, la selección del candidato resulta

imprescindible y hay que hacerlo integrando elementos técnicos y valores éticos, porque se presenta en la práctica un verdadero dilema: el hecho de que el ser humano sea único e irrepetible nos advierte que no estamos autorizados a privarlo de la oportunidad de prolongar su vida, aunque el paciente tenga un desarrollo anómalo de la personalidad o una presunta sintomatología psicótica. En ocasiones, sólo se trata de alteraciones psíquicas originadas por la propia enfermedad o estados emocionales agudos como la ansiedad, la depresión o la ira ante la sensación inminente de muerte, y debemos estar profesionalmente capacitados para diferenciar estos estados. Describe, además, cuáles son aquellos casos rechazados para trasplante desde el punto de vista psicológico. Ejemplo de ello son los síndromes depresivos ansiosos con elementos obsesivos, en los que destaque su extrema labilidad emocional y pusilanimidad, el retraso mental severo donde peligren los mecanismos de autorregulación personal necesarios, una valoración adecuada de su estado de salud y una comprensión exacta de la importancia de su conducta de salud; los trastornos psicóticos con los que, además, la acción de los inmunosupresores exacerba la sintomatología de la enfermedad, las adicciones, la ausencia de apoyo social. En el caso del apoyo familiar, resulta interesante ver cómo, en algunos casos de familias disfuncionales o en ausencia de apoyo, los pacientes trasplantados tienden a presentar trastornos emocionales que pueden incidir en la adherencia terapéutica y, por ende, en el rechazo del injerto (Hernández, 2007).

El tema es complejo y ha dado lugar a un amplio debate en estas últimas décadas. Un caso parecido es el del trasplante de hígado en alcohólicos. ¿Cabe rechazar o postergar en la lista a un paciente por el hecho de ser alcohólico? ¿Y si dice que se va a rehabilitar? ¿Vale con la declaración de su voluntad? Y si no es válido, ¿cuánto tiempo de abstinencia es necesario para incluirlo de nuevo en la lista?

Ahora bien, desde la decisión del equipo multidisciplinario, ¿cómo distribuir recursos


escasos? O dicho de otro modo, ¿cómo seleccionar o clasificar a los pacientes? El primer criterio de clasificación de pacientes es la histocompatibilidad. Primero de todo, la determinación del sistema de clasificación para describir grupos sanguíneos en humanos (ABO), ya que si un paciente recibe un órgano de grupo sanguíneo incorrecto, los anticuerpos harán que el fallo orgánico se presente muy rápidamente, a veces en pocos minutos.

Para un criterio de selección existen tres alternativas fundamentales: el criterio médico según el cual se considera receptor a todo paciente que necesita suplir el órgano defectuoso por otro funcionante, siempre que cumpla con las condiciones favorables desde el punto de vista estrictamente biológico o físico, sin tener en cuenta aspectos mentales o sociales del paciente; el criterio procedimental, que sólo toma en cuenta el orden de llegada en una lista de espera, siempre que se cumplan las condiciones médicas necesarias. Sin embargo, plantea la gran dificultad de no distinguir entre la potencialidad de supervivencia (según las condiciones mentales, económicas o sociales del paciente) y los asuntos relativos a la calidad de vida. El criterio combinado o predeterminado incluye al receptor teniendo en cuenta ciertas reglas, establecidas de antemano y conocidas públicamente, por ejemplo, el criterio de la edad como límite fijo o la probabilidad de éxito basada en que los pacientes cuenten con familiares que los puedan atender después del trasplante. En el mismo sentido, el hecho de incluir a un paciente como receptor según su edad, su capacidad de autonomía después de la intervención o cualquier otro, implicaría valoraciones de tipo social, no estrictamente clínicas. Algunos especialistas refieren que hay que incluir como receptores a aquellos pacientes que tengan la máxima probabilidad de “beneficio significativo”, entre todos los candidatos, donde la posibilidad de supervivencia sea mayor, lo cual, claramente, implica una valoración puramente subjetiva y no exenta de errores (Franca, 2007).

Ahora bien, este último criterio resulta ser el más factible, siempre que esté adecuadamente regulado por un organismo legítimo capacitado para ello, que resuelva la asignación de los escasos órganos disponibles a los abundantes receptores, teniendo en cuenta los diversos factores que influyen en esta decisión desde una concepción biopsicosocial. Por supuesto que los conflictos éticos, referidos anteriormente, deberán ser manejados profesional y humanamente, a pesar de ser difícilmente evitables. Es evidente que estas cuestiones no tienen una respuesta única y, menos aun, definitiva. Por ello, lo más importante no es tanto el juicio que nos merecen los criterios que se utilicen, sino el procedimiento que debe utilizarse en orden a tomar una decisión prudente.

Existe otra categoría, muy empleada en temas como el trasplante de órganos, en la que aflora una serie de problemas y dilemas éticos como los que hemos planteado. Me refero al análisis riesgo/beneficio y coste/efectividad. El recurso escaso debe distribuirse de modo que optimice el beneficio y la efectividad. Planteándolo de esta forma, estaríamos distribuyendo un bien escaso de modo subóptimo y, por tanto, despilfarrándole. Por tanto, el receptor adecuado es aquel en que se vaya a conseguir el máximo beneficio, o en el que el órgano vaya a tener un mayor rendimiento. Ahora bien, ¿quién puede hacer de juez en este tipo de cuestiones? Por otra parte, la ética, ciertamente, considera un deber optimizar los resultados. Lo contrario sería claramente injusto. Pero también considera necesario proteger y ayudar a los sujetos más desfavorecidos.

Conclusiones

- Cuando se va a emprender un trasplante, deben tenerse en cuenta aspectos como la ética, la equidad, el derecho a la vida, la autonomía, la beneficencia, la justicia.
- La atención en el trasplante de órganos no sólo radicaría en el proceder médico y quirúrgico que logre efectivamente la sobrevivencia de ese paciente y el alivio a su sufrimiento, sino también el bienestar psicosocial de esta persona y su calidad de vida en general.
- La relación equipo sanitario-paciente o familiar constituye, desde su dimensión comunicacional, una fuente demandante de profesionalidad, ética y humanismo ante los diferentes dilemas y conflictos éticos que se presentan.
- La selección de receptores es un momento de alta responsabilidad, ya que los errores que se cometan inciden directamente en la vida de un ser humano. 

Referencias

- Franca, O. (2007), "Aspectos éticos del trasplante de órganos" [en línea], en *Revista Bioética Humanística*, 4, disponible en: <http://www.ucu.edu.uy/Home/Departamentos/FormaciónHumanística/ÉticaAplicada/PublicacionesInvestigación/BioéticaoÉtica/tabid/478/Default.aspx>, recuperado: 15 de enero de 2010.
- González, R. (2005), *Humanismo, espiritualidad y ética médica*, La Habana, Editora Política.
- Hernández, E. (1990), *Alteraciones de la capacidad de trabajo intelectual en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea: Su psicocorrección* [resumen tesis doctoral], Ciudad de La Habana, Universidad de La Habana, doctorado en Ciencias Psicológicas.
- (2007), *Atención psicológica en el trasplante de órganos. Trasplante de corazón*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Hodelín, R. (2004), *Muerte encefálica y trasplante de órganos*, Santiago de Cuba, Editorial Oriente.
- Mainetti, J. A. (1991), "Aspectos bioéticos de la práctica quirúrgica. La crisis de la razón médica: Introducción a la filosofía de la medicina" [en línea], disponible en: <http://www.elabe.bioetica.org/24.htm>, recuperado: 10 de enero de 2010.
- Martínez, K. (2006), "Algunos aspectos éticos de la donación y el trasplante", en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 29, núm. 2, pp. 15-24.
- Pérez, M. A. y Martín, A. (2002), "Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados", en *Revista de Psicología General y Aplicada*, vol. 55, núm. 3, pp. 439-453.
- Sundblad, A. (2002), "Trasplante de órganos ¿cuál es el límite?", en *Medicina (Buenos Aires)*, vol. 62, núm. 6, pp. 607-608.