

# CURSO DE BIOETICA A DISTANCIA

Hna. Dra. Elena Lugo, Ph.D.

## MODULO XI

### Cuestiones Sobre el Trasplante de Organos

1. Donante cadáver y donante vivo
2. Requisito del consentimiento informado
3. Distribución justa de los órganos disponibles
4. Donación como regalo de vida

### Situación

“Su padre sufrió un accidente automovilístico y se que por sus lecciones cerebrales morirá en una corto plazo. Su corazón al igual que otros órganos funciona muy bien por el momento. Le proponen que sea donante de órganos. Cuales serian las condiciones que le animarían a aceptar.

**Transplantes de Organos.** El primer transplante humano conocido data del siglo XVII. Se trata de la primera transfusión de sangre en Bolonia, Italia en 1668. El transplante de un tejido, perteneciente a otra especie, al hombre ya se efectuaba en Europa antes de la Primera Guerra Mundial. Mientras que el transplante de miembros de una misma especie comenzó para los seres humanos en 1920 con el transplante de piel entre gemelos idénticos.

El interés y la discusión pública sobre las cuestiones morales complejas en torno al transplante de órgano se suscitó con mayor intensidad durante la década de 1950 a raíz de los transplantes de riñones. En 1951 el Dr. David Hume de Boston efectuó el primer transplante de riñones de la época moderna, seguido luego por experimentos similares, todos usando órganos de cadáveres. El sobreviviente más afortunado duró seis meses. La decisión médica de mayor trascendencia moral ocurrió en relación al logro de los Dres. Joseph Murray y John Merrill, quienes ejecutaron el primer transplante de riñón con un donante viviente. En este caso Richard Herrick recibió un riñón de su hermano gemelo, luego se casó y procreó y duró 8 años hasta morir de un ataque al corazón aparentemente relacionado a la enfermedad de riñón original. Con raras excepciones, el transplante de riñón a través de la década del 1950 tuvo resultados pobres, en parte por la resistencia y rechazo del cuerpo del recipiente hacia el órgano foráneo. Para marzo de 1951, sin embargo, la primera droga de poder anti-inmunítivo —azathioprine— fue descubierta y utilizada, contribuyó grandemente a mejorar los resultados del transplante y a aumentar el número de transplantes de riñón.

El crecimiento de la terapia inmune-represiva condujo al primer transplante de corazón humano en Sud Africa por el Dr. Christian Barnard, Buís Washkansky tan sólo vivió 2 semanas con el corazón de Denise Darvail, pero fue suficiente para demostrar la posibilidad del procedimiento y despertar un interés intenso a nivel internacional en el transplante de órganos.

Desde el punto de vista clínico el éxito del T.O. depende considerablemente de los recursos para el impedir el rechazo natural del órgano foráneo. Este fenómeno es más grave durante los primeros cuatro meses posteriores a la cirugía, en vista de lo cual la decisión médica intenta lograr un balance justo entre la dosis del medicamento necesario para prevenir el rechazo y la dosis mínima que garantice su seguridad contra otras infecciones posibles. Para complicar la situación médica se presenta el hecho de que algunas de las drogas usadas como inmunización al rechazo tienen resultados laterales impredecibles. De lo anterior se desprenden implicaciones morales que han preocupado a médicos y moralistas. Sin duda los adelantos técnicos en el procedimiento quirúrgico y en la farmacología asociada con el T.O. disminuirán la urgencia

moral de lograr el balance justo entre los resultados positivos y negativos de las drogas. Pero aún quedan otros aspectos morales.\*

La cuestión de T.O., como la cirugía en general, amerita una consideración de la moralidad de los medios como de la moralidad de los fines. Es decir, no sólo debe examinarse el porqué del procedimiento, si no el cómo del mismo. La cirugía en general, y el T.O. en particular suponen un tipo de “violencia” sobre el cuerpo. ¿Cuándo está la misma moralmente justificada?

En 1968 el **Judicial Council of the American Medical Association** propuso como directriz a los médicos contemplando un T.O. lo siguiente: “El transplante de Órganos corpóreos debe llevarse a cabo tan sólo luego de un cuidadoso examen o evaluación de otras terapias posibles, accesibles y efectivas “(Traducción propia.) En contraste a las terapias de carácter farmacológico y mecánico, T.O. es un medio radical y extraordinario al menos hasta el momento.

Como una segunda directriz reconocemos que el T.O. —en cuanto terapia radical— debe proponerse como medida defensiva de la salud del paciente. Es decir, que la intención primordial o central del médico son el bien del paciente en particular y no el incrementar el conocimiento médico. Desde luego, esto es más fácil en teoría que en la práctica. Como ya indicamos el procedimiento puramente terapéutico y el puramente experimental rarísimas veces se presenta de modo aislado sino que más bien se entrelazan entre si o surgen en una línea continuada. Procedimientos que al principio han sido experimentales por ejemplo transplantes de córneas, transfusión de sangre, transplantes renales, ahora aparecen como terapias aceptadas. Algunos argumentan que de no trabajarse asiduamente en la etapa experimental la terapéutica dejaría de tener probabilidad de progreso. A su vez debemos reconocer que toda terapia en cuanto que conlleva riesgos desconocidos y aun conocidos retienen rasgos experimentales Es preciso por consiguiente garantizar el consentimiento informado —dentro del margen posible de conocimiento y deliberación— del paciente antes de realizar un transplante francamente experimental cuando el beneficio terapéutico es mínimo. Podrían justificarse como último recurso y en clara ausencia de algún otro procedimiento terapéutico de eficacia comparable. Aunque en una sección anterior planteamos las normas éticas que deben regular los aspectos morales del consentimiento informado, su aplicación al caso correcto del T.O. suscita consideraciones especiales en vista de las personas asociadas al mismo. Por ejemplo, el donante vivo (en el caso de la donación de uno de los órganos pares). Por lo general los cirujanos de transplantes prefieren en lo posible servirse de órganos obtenidos de cadáveres. Pero en vista de la escasez de órganos y del bajo índice de rechazo ante órganos donados por familiares vivos, se sugiere el uso de éstos lo que hace la situación compleja. Un consentimiento libre informado supone que el donante vivo esté consciente de los riesgos físicos y psicológicos del T.O. La cirugía en sí, y la condición posterior de vivir con sólo uno de los pares de órganos funcionando, un riesgo digno de consideración. Los riesgos que por lo general los donantes vivos son parientes del beneficiado —el índice de rechazo siendo menor entre los de la misma sangre o parentesco genético— cabe preguntarse, ¿Cuán libre de presión moral o de sentimiento pasajero puede ser el consentimiento libre al cual están llamados? Las familias pueden ejercer una gran presión moral sobre el posible donante, y de éste rehusar motivarle una profunda culpabilidad. ¿Cuáles son los costos éticos de y beneficios asociados de la donación de órganos provenientes de la familia del paciente. Un importante estudio del Centro de Transplante de la Universidad de Minnesota revela que existe una gran disposición hacia el donar órganos por parte de los familiares del necesitado. De los miembros de la familia, elegibles para la donación, 57% de 130 donantes entrevistados lo habrían hecho por iniciativa propia tomando los primeros pasos (examen de la sangre) para ello. Mostraron poca o ninguna ambivalencia en torno a su decisión. Esta reflejó menos un proceso articulado reflexivamente y más una oferta inmediata y espontánea.

No obstante las revelaciones anteriores, las condiciones bajo las cuales se hicieron las decisiones a menudo incluían algunas presiones sutiles. Por ejemplo, el de escuchar la necesidad del riñón

en presencia del moribundo y de otros miembros de la familia. Pero a su vez, los sentimientos positivos en relación a su ofrenda, como lo son el aumento de auto-estima y felicidad en vincularse más estrechamente con el paciente, durarán al menos un año luego del transplante. Los donantes vieron su ofrenda no sólo como me dio de ‘ la vida”, sino como recurso para prevenir la pérdida de un ser querido.

El estudio también revela algunos resultados negativos. Una minoría de familias —25% — reaccionaron en términos de conflicto a la búsqueda de un donante. Con frecuencia el conflicto se centraliza en torno a donantes potenciales quienes no se prestaron voluntariamente y reaccionaron en contra de la presión familiar en pro del paciente. Para defender a algunos de estos donantes potenciales que sufrían ambivalencia, médicos a cargo del transplante han ocultado la elegibilidad del donante u ofrecido a éste una excusa encubridora de su indisposición ante la familia. (Este punto lo estudiaron bajo el principio de la confidencialidad y el de la veracidad.) Los riesgos del donante quedarán esclarecidos en el estudio mencionado. Donar un riñón, por ejemplo, supone dolor y malestar considerable, deja una cicatriz notable, y puede conducir a complicaciones menores en aproximadamente 28% de los casos. La posibilidad de muerte es remota pero no inconcebible. Tres donantes de una serie de 287 también estudiados en la Universidad de Minnesota desarrollaron más tarde la misma condición patológica de los riñones que había afectado al recipiente de su donación. La depresión que generalmente acompaña la operación es sólo temporera. Un año después de la operación, el 34% de los donantes estudiados manifestaron el no sentirse físicamente del todo normal. Un 75% no pudo regresar a sus ocupaciones hasta pasados 2 meses. Todos incurrieron en gastos médicos de carácter substancial.

En general los estudios de Simmons y Klein revelaron que para los que perciben la donación de órganos como expresión natural de amor y de vínculos familiares, la consideración ética de riesgos, beneficios, consentimiento informado resultaba irrelevante. Dr. Henry Beecher señala que un 40% de las personas contemplando ser donantes no lo son de modo voluntario sino bajo alguna presión familiar y miedo a la culpabilidad de no ceder.

Cuando de menores se trata la situación del posible donante es aún más delicada. Sólo el consentimiento escrito de los padres (proxy-consent) es reconocido por la ley. Sin embargo, la ley no resuelve el dilema moral. Es preciso constatar la voluntariedad del consentimiento del menor, tomar en consideración el bienestar físico y psíquico del donante, y permitir tan extremada medida sólo en casos urgentes y como último recurso. En caso de gemelos —los menores típicamente envueltos en T.O.— es preciso ver a cada uno en su individualidad y no como dos facetas de una sola persona. En todo caso —y en particular en cuanto a menores se refiere— es preferible ejercitar una gran cautela con los donantes vivientes e insistir en un consentimiento debidamente informado sobre los riesgos físicos y psíquicos de la decisión. Hasta el momento hemos considerado el deber que otros tienen de respetar los derechos del donante viviente. Es necesario ahora preguntarnos sobre los deberes del donante. ¿Cuáles son sus obligaciones propias? Una ética a tono con la ley natural por lo general enfoca la situación moral del donante a partir del principio de totalidad como ya lo hemos enunciado. Este mantiene que la parte existe en bien de la totalidad. Interpretando de forma conservadora este principio sólo permitiría la auto-mutilación en vista del beneficio total de la propia persona. Esta interpretación podría aplicarse de modo prohibitivo a casos de esterilización eugenésica y a cualquier experimentación arbitraria con seres humanos. Pero no necesariamente a casos de T.O., si están debidamente aconsejados por el criterio médico.

Se puede ampliar el sentido del principio de totalidad para abarcar la dimensión espiritual de la persona además de su dimensión física. Como bien indica la Iglesia Católica, quien se sirve de la ley natural en muchos de sus pronunciamientos morales, “a la subordinación de los órganos particulares al organismo y su finalidad espiritual de la persona (que se beneficiará de la donación en sí) en cuanto tal.” (Traducción propia.) También se puede argumentar que la donación de órganos es permisible en vista que aún más decisivo que el principio de totalidad

podría ser la norma de amor fraternal que señala el hacer por los de más lo que legítimamente se haría por beneficio propio.

A tono con la norma de amor fraternal, otras corrientes éticas de inclinación **personalista** insisten que la donación de órganos expresa la libertad de entregarse gratuitamente por el bien de nuestros semejantes, y la superación de una auto-conservación egoísta. Pero en todo momento es aconsejable mantener el valor de la propia existencia encarnada y la integridad física de modo de cuidarse de un sentimentalismo imprudente en relación a los demás, o inclusive de masoquismo.

Aunque el beneficio físico para el donante es nulo, el bienestar psíquico puede ser considerable. Sin embargo, del beneficiado morir la reacción psicológica puede ser de culpabilidad ante la muerte o de futilidad ante su ofrenda. Moralmente las cuestiones principales giran en torno al grado de riesgo físico que la donación conlleva, las motivaciones que inspiran la donación, la solidaridad en la familia, y la posibilidad del consentimiento libre e informado. Cuando estas consideraciones apuntan a modo favorable la donación puede muy bien ser un regalo de vida, y un acto responsable y moralmente bello.

¿Qué implicaciones morales conlleva la donación de órganos por parte de un cadáver? Es importante reconocer la escasez actual de órganos para trasplantes y las dificultades técnicas para su conservación en estado funcional. Aunque, según muestra una encuesta del 1968 (Gallup), hasta 70% de la población estadounidense —particularmente entre los más afortunados culturalmente— indican su disposición a donar órganos, muy pocos especifican ese deseo redactando algún documento legal a este efecto como lo es por ejemplo el **Uniform Anatomical Gift Act** válido en cincuenta estados de la nación norteamericana.

El mencionado documento y otros similares disponen que una persona de al menos 18 años de edad y que sea mentalmente competente puede donar parte o la totalidad de su cuerpo con fines de trasplantes o de investigación luego de su muerte. El documento también provee la inmunización ante el juicio contrario por parte del pariente más próximo (aunque éstos pueden hacer la donación a su nombre cuando no existe documento previo disponiendo de una forma u otra).

Ahora bien, tras el **Uniform Anatomical Gift Act** se encuentran ciertos principios morales que debemos hacer explícitos: 1) la transacción es estrictamente un regalo —ni compra ni venta de órganos han de permitirse, 2) el acto es uniforme con directrices comunes a todos los estados ya que las transacciones son intraestatales en E.U.A., 3) la decisión descansa en el individuo, y en ausencia de documento, en su familia, y no en la profesión médica o en el estado. (Israel, Francia y Suecia han experimentado con leyes otorgando poder decisivo a éstos, mientras que en E.U.A., Virginia permite la decisión médica en casos de urgencia y cuando no se presenta objeción implícita.)

Si el consentimiento deliberado e informado del donante en vida, o para ser aplicado luego de su muerte, es importante, también lo es el del posible beneficiado. El paciente debe tener la oportunidad de rechazar el T.O. en cuanto es éste considerado tratamiento extraordinario que conlleva riesgos e incertidumbre ante sus consecuencias futuras. No obstante, algunos médicos opinan que el paciente al no poder asimilar la información médica pertinente a su caso, la decisión final no debe ser la suya. De nuevo se nos presenta la cuestión moral de la relación entre paciente y personal médico en torno al consentimiento informado, y la naturaleza de los medios extraordinarios.

El rehusar el T.O. en cuanto medio extraordinario no es equivalente al suicidio ni aun cuando este recurso sea el único que con probabilidad salve la vida. El costo financiero y emocional de T.O., la adaptación a la vida que se le ofrece a cambio de someterse al tratamiento son cuestiones dignas de la reflexión del paciente, y aún cuando éste no asimile todo el caudal de información clínica en torno a su caso, le preparan para la decisión. Para algunos pacientes las consecuencias del trasplante de órganos —para su persona y su familia y amigos— pueden ser emocionalmente dolorosas y frustrantes. No es de extrañar que un recipiente de órgano pueda

decir que le resulte cruel el desarrollar técnicas y maquinarias para el transplante salvando vidas sin también buscar los modos de apoyar a las personas envueltas en el procedimiento ante la crisis psicológica que el mismo puede suponer.

En casos en que el paciente se encuentre inconsciente la familia puede decidir en la mayoría de las situaciones particularmente cuando existen vínculos personales con el paciente, y de no ser posible entonces el equipo médico puede tomar la responsabilidad.

Dejamos para ultimar la consideración del paciente quien en cuanto moribundo se presenta como posible donante una vez confirmada su muerte. El donante en potencia puede recibir o demasiado cuidado o muy poco; es decir, o un cuidado exagerado en vista de su órgano a ser transplantado, o un abandono que acelere su muerte o que facilite el declararle muerto en seguir la definición cerebral, por ejemplo. Como medida de prudencia la profesión médica ha insistido en que el paciente moribundo reciba todo el cuidado que amerite su persona respetando sus derechos al ejercicio, alimento, higiene, compañía, respeto, y no sólo el cuidado mínimo de un mero donante. A menos que haya estipulado lo contrario de modo consciente, explícito y libre, no debe operarse una disminución en el cuidado del paciente limitando el mismo a lo indispensable para la conservación de los órganos a ser transplantados. Es también prudente por parte de la AMA el insistir que los médicos no sean los mismos quienes han de efectuar la cirugía del transplante.

La consulta que de hecho existe entre ambos equipos —los que cuidan al paciente y los interesados en el T.O.— presenta la posibilidad de exagerar el cuidado del paciente hasta el punto de ejercer influencia sobre él para aceptar tratamientos extraordinarios y/o a dejarse someter a procedimientos de resucitación sin claro beneficio personal. De modo que bien puede darse el caso que el bienestar funcional del órgano tome prioridad sobre el bienestar de la persona. Pero si se invierte el orden de prioridad es probable que se incurra en injusticia con el beneficiario potencial. Para mayor luz sobre esta situación podemos referirnos a lo ya planteado en torno al cuidado del moribundo y la definición de muerte. A esto, sin embargo, podemos añadir los siguientes comentarios:

Primero, el personal médico no debe fomentar esperanzas y anticipaciones en el beneficiario potencial más allá de las justificaciones razonablemente por las circunstancias. Segundo, en vista de la publicidad que se le otorga a los T.O., la novedad que el procedimiento en sí supone los médicos se ven moralmente obligados a observar mayor objetividad, atención a los hechos, y discreción en sus informes a los medios de comunicación procurando informar primero a sus colegas quienes le pueden proveer su crítica y evaluación, luego al público en general.

En cuanto a la distribución equitativa o justa de los órganos para transplantes —otro aspecto moral de interés ético— trataremos seguidamente.

Desglosaremos dos tipos fundamentales de sistemas de selección: uno complejo y el otro denominado “al azar”.

**Sistema de Selección.** Supongamos la siguiente situación clínica: una serie de pacientes se encuentran mortalmente afectados, y se les pronostica la posibilidad de muerte en digamos 90 días. Para el tratamiento de éstos sólo se cuenta con procedimientos complejos, escasos, pero de un índice sustancial de probabilidad curativa. Asumamos también que los recursos humanos, los instrumentos mecánicos, las facilidades hospitalarias, y los materiales indicados (ilust. corazones disponibles para el transplante), para ofrecer la terapia de rescate de vida (T.R.V.) son suficientes para tan sólo algunos de los pacientes mortalmente afectados. ¿Quiénes han de ser seleccionados para la T.R.V. y a quiénes permitirles morir? ¿Por qué? ¿Por quién y cómo se realiza la selección?

Se nos presentan dos tipos de criterios para hacer la selección a favor de T.R.V: criterio de inclusión y criterio de comparación. El primer criterio funciona en la primera etapa de selección, al incluir bajo una misma categoría amplia los en principio elegibles para la T.R.V. o los candidatos posibles. El segundo criterio sirve para comparar los elegibles entre sí con la

esperanza de escoger los que de hecho recibirán la T.R.V. En la primera etapa se configura en grupo selecto, y en la segunda etapa se realiza la selección final. Cualquier sistema de selección debe señalar el doble criterio para orientar el proceso selectivo en sus dos etapas, según indicado.

Además de indicar sus dos criterios básicos todo sistema selectivo debe satisfacer dos importantes condiciones regulativas: debe ser suficientemente sencillo para ser fácilmente comprendido, y debe ser capaz de una aplicación directa y libre de ambigüedades. En ambos casos se exige que el sistema de selección propuesto no sólo pueda justificarse teóricamente sino que, en la práctica, luzca justo ante la vista pública. Y por último cada sistema debe estar constituido de modo que pueda defenderse con argumentos lógicos.

Examinemos los sistemas de selección vigentes según cada una de sus etapas en el proceso selectivo.

**Criterio de Inclusión: Basado en el Factor Constituyente.** Se trata aquí de seleccionar los pacientes elegibles de acuerdo a las normas que regulan el tipo de clientela a la que sirve la institución hospitalaria. Es decir, que un hospital de veteranos asignaría prioridad inmediatamente a los veteranos entre los pacientes mortalmente afectados, según nuestra situación clínica hipotética; un hospital de niños lo haría con éstos, o sino según localidad geográfica seleccionaría los residentes de ésta con prioridad a los forasteros. De modo que sólo aquellos factores constituyentes que pueden justificarse, por ejemplo, asignar prioridad a los residentes del área que aportan dinero por concepto de contribuciones al país, ciudad o lugar, podría ser aceptable como legítimos y válidos. Es preciso señalar que factores constituyentes de la persona, como raza, religión, afiliación política, e inclusive sexo, no creemos sean racionalmente justificables o lógicamente defensibles, como criterio. No obstante, creemos el criterio de tipo de clientela muy limitado; y cuando de decisiones de vida o muerte se trata no lo creemos ni suficiente ni decisivo.

**Factor del Progreso de la Ciencia.** Los intereses de la investigación y la educación médica en relación a casos particulares puede ser planteado como criterio. Se trata aquí de que el paciente se ofrezca como sujeto de experimentación aun sobre el hecho de ser paciente de cuidado terapéutico, con la esperanza de beneficiar a otros de dolencias similares. Lo anteriormente dicho sobre las implicaciones éticas de los experimentos con sujetos humanos podría aplicarse aquí. Al así hacerlo descubriríamos que este factor no sería éticamente laudable, y tal vez defensible.

**Factor de Probabilidad de éxito.** Aunque el T.R.V. puede ser eficaz en general, es probable que lo sea aún más con pacientes específicos (por su edad, sexo, tipo de sangre, historial clínico). Es entonces defensible el seleccionar aquellos pacientes que ofrezcan evidencia de beneficiarse sustancialmente sobre la expectativa promedio. Una diferencia en grado en el beneficio posible pasa a justificar una diferencia entre tipos de pacientes —los elegibles y los rechazados desde el inicio de la selección.’

Luego de señalar los tres factores que constituyen el criterio de inclusión, con mayor frecuencia usada, debemos preguntarnos por el principio que les argumenta su legitimidad. Creemos evidente que se trata de un principio pragmático en su aplicación. El progreso de la ciencia al igual que la posibilidad de éxito clínico son bienes de carácter pragmático que se presentan como válidos en vista de la escasez de recursos médicos ante una demanda mayor de éstos por una variedad de pacientes.

#### CRITERIO DE SELECCION BASADO EN UN INDICE ALTO DE PROBABILIDAD DE EXITO.

Como resultado de una comparación minuciosa entre pacientes, es tal vez posible seleccionar para la T.R.V. aquellos pacientes que ofrecen indicios positivos y específicos de una recuperación rápida y eficaz en cuanto a la restauración de salud más próxima al ideal que de esta se tenga.

**Extensión de Vida.** Aún cuando la T.R.V. promete una recuperación exitosa también es importante considerar cuántos años de vida pueden aún esperarse una vez restaurada la salud.

**Rol en la Familia.** La vida de una persona no es tan sólo importante para sí mismo sino que también lo es para la familia, el vecindario, las agrupaciones profesionales, cívicas y religiosas, y para las amistades. Pero la relación del paciente a su familia inmediata reviste un carácter de intimidad y significado particular. Por esta razón la naturaleza de la relación con su cónyuge, hijos, o padres en el caso de un menor, y la dependencia financiera y psicológica en él, o del paciente, a menudo funciona como criterio decisivo. Por ejemplo, entre dos pacientes de condiciones iguales en todo lo demás se prefiere a la madre de hijos menores de edad sobre el soltero de mediana edad.

**Potencial de Contribuciones Futuras.** La sociedad ejerce su influencia por medio de instituciones que velan por los intereses de la comunidad en general. Por consiguiente los recursos de salud pública orientan su atención, y en algunos casos argumentan a favor de una selección de pacientes a quienes por su edad, talentos, entrenamiento y formación, y servicios rendidos a la sociedad presentan un potencial de servicios a rendirse superior a otros en situaciones similares. En su micro-distribución de T.R.V. la sociedad “in vierte” sus recursos escasos en personas que prometen resultados deseables por y para la sociedad, o en personas que de morir dejarían más problemas sociales sin resolver, (una viuda: hijos dependientes, una obra inconclusa).

Este factor ha sido criticado por los defensores de la igualdad absoluta quienes argumentan que el valor de una vida —no su utilidad social— es en sí el único criterio digno de la persona y que este amerita consideración en la micro-distribución. Otros creen que aunque el factor de contribución social no sea fácil de aplicar o de justificar en circunstancias ordinarias, su aplicación en casos extremos como los que aquí estudiamos se hace necesaria. La dificultad principal creemos es la de ofrecer un criterio claro, definido y justificable de lo que un valor social, más allá de mera utilidad, representa en relación a una persona. De modo que un criterio utilitario como es el factor de contribución social necesita confirmación de su validez por parte de un criterio no utilitarista —como los que proveen las teorías personalistas. Una sociedad puede estar obligada a soportar grandes cargas humanas en vista de su responsabilidad por fomentar el valor intrínseco del hombre y de su apego innato a la vida en sí.

**Contribuciones Pasadas - Gratitud.** Los servicios rendidos por una persona a otra o a un grupo han si do tradicionalmente interpretados como base válida para esperar —sino legalmente, por seguro sí moral mente— alguna compensación. La obligación moral de parte de la sociedad de reconocer y recompensar los servicios rendidos de hecho supone una consideración del propio beneficio, puesto que la gratitud social fomenta el esfuerzo de sus miembros, motivados por lograr reconocimiento al servicio de bienes comunes. De nuevo el criterio utilitarista se nos presenta como principio de evaluación no sólo de servicios a la sociedad futura, sino de los ya recibidos. Como ya comentamos, ese criterio debe conjugarse con otros provenientes de teorías éticas no utilitarias que aportan una interpretación de la utilidad dentro del con texto formado por otros valores —principios como autonomía, beneficencia, etc.

Los elementos aquí enunciados como criterio se pueden recoger en tres grupos: los primeros dos como **factores biomédicos**, el tercero como **factor familiar**, y los últimos dos como **factores sociales**. Los factores biomédicos representan aspectos técnicos accesibles al análisis minucioso por parte del personal clínico, y en sí resultan éticamente neutrales. En contraste los factores familiares y sociales suponen aspectos intangibles, difíciles de interpretar y evaluar, y que a su vez constituyen los elementos principales de la situación moral. La situación clínica en sí no exigiría su consideración, pero dado el caso que son ante todo personas las aquí atendidas, las implicaciones morales de la situación son inevitables. Como vimos, algunos filósofos intentan resolver la problemática moral en términos de utilidad y de justicia retributiva. Pero, ¿por qué gerirse exclusivamente por normas morales de carácter utilitario? La contestación hace

ineludible la aceptación de alguna teoría ética cimentada sobre el sentido del ser humano —a lo Kant, Aquino o Mounier por ejemplo.

Para mejor entender la relevancia de los factores familiares y sociales a la selección de pacientes por recibir tratamiento escaso en condiciones de vida o muerte, algunos han propuesto la constitución de comisiones o comités de legos encomendados con la difícil tarea de decidir por, o asesorar al personal médico. El Swedish Hospital de Seattle, Washington ha usado este tipo de comité pero con resultados ambiguos. Algunos aplauden su forma de reconocer que la decisión exigida en la micro-distribución trasciende las fronteras clínicas. Pero no pocos resienten la intervención de legos en cuestiones que juzgan funda mentalmente de responsabilidad médica. No obstante, el carácter controversial de la mencionada comisión, a medida que aumentan los candidatos al T.R.V. más difícil se hace una selección fundamentada sobre factores biomédicos, ya que la igualdad de condiciones clínicas se haría más aguda y prevalente. Una vez que esta igualdad prevalece se hace imperativo acudir a factores no-médicos, a saberes familiares y sociales si se ha de operar alguna selección. Ya para acudir a estos factores la participación de los legos no deja de tener su función relevante a la situación. Como representantes de la sociedad y su diversidad de intereses, el comité de legos debe funcionar como complemento y suplemento a la perspectiva clínica una vez ésta ha emitido su correspondiente juicio. Los pacientes beneficiados al igual que los rechazados podrían ser informados en torno a la diversidad de criterio, y sobre los confiados con la decisión, disminuyendo así cualquier insinuación de que la decisión favorable o no fuere tomada irresponsablemente.

El sistema de selección para ser usado en casos de micro-distribución está lejos de ser óptimo. El sistema no sólo exige criterio de inclusión y de selección específica, sino que exige que, al aplicarse, todos los factores se hagan de forma determinada con claridad y precisión o con directrices de fácil adaptación a casos en sí variados. Pero, muchos creemos que es mejor tener un sistema de selección, aun si este opera de modo limitado, que carecer del todo de uno. El sistema ha de ser razonable o lógicamente defensible, y considerar los factores ya expuestos, aunque el procedimiento exacto de su aplicación rebasa la configuración de todo sistema.

**SELECCION AL AZAR.** Las fuertes críticas al sistema de selección que, como el recién expuesto, incluye como criterio los valores sociales y la utilidad, nos obligan a examinar el “azar” como medida de selección natural. Nos dice P. Ramsey en relación a las situaciones en que todos no pueden salvarse y sin embargo no todos necesitan morir,

“the equal right of every human being to live, and not relative personal or social worth, should be the ruling principle.”

Este principio conduce al criterio del “azar entre iguales” expresado a modo de lotería según el lema “servicio según el orden de llegada”. Tras el planteamiento de Ramsey se perfila una serie de principios teológicos-filosóficos suficientemente serios como para tomarlos en consideración, a saber: 1) su creencia religiosa en la igualdad de las personas ante Dios, le hace rehusar el decidir a favor de la vida de unos en contra de otros, el azar es compatible con esta disponibilidad del hombre, 2) la primacía moral de la sobre- vivencia hace de la vida un valor inconmensurable con otros de modo que no permite modificación en relación a utilidad social u otros intereses familiares y sociales, 3) el intento de estimar el valor social de una persona se encuentra viciado desde un principio por elementos subjetivos, prejuicios y visiones parciales del significado de la vida.

Muchos rechazan el procedimiento de “selección al azar” por considerarlo un abandono a la aparente irracionalidad de los sucesos, o un someterse a fuerzas inhumanas que desvirtualizan al hombre como ser responsable de su vida y capacitado para la auto-determinación. No obstante, el “azar” como principio moral merece un estudio serio. En vista que fomenta en buena medida la dignidad personal y la igualdad de oportunidades de sobrevivencia, dicho estudio sin duda revelaría su valor en situaciones conflictivas planteadas. Es decir, que lejos de ser un recurso irracional e inhumano como sus críticos objetan, el azar puede salvaguardar el carácter trascendental de la persona amenazada en otros sistemas de selección, por reducirse a una sola



de sus dimensiones en cuanto a su status y función 'social. Es altamente probable que la selección al azar satisfaga mejor que el cálculo utilitario las exigencias de la dignidad inherente al hombre.

Puede también argumentarse que la selección al azar conserva y enraíza la relación de confianza que debe reinar entre el personal médico y el paciente. Esta confianza con frecuencia se dificulta en las situaciones que exige T.R.V. y en las cuales los pacientes saben que han de tomar decisiones sobre su vida de acuerdo a los factores sociales e inclusive familiares ya anteriormente enunciados. El sentirse valorado no como un fin-en-sí y más bien como un medio hacia el progreso médico o por sus contribuciones sociales socava las bases psicológicas de la confianza intersubjetiva. Recordemos que la confianza es un factor constitutivo, y no sólo una característica accidental, de la relación médico-paciente.

En resumidas cuentas, ¿qué sistema adoptar ante las implicaciones morales de la micro-distribución de escasos recursos clínicos cuando éstos no alcanzan para todos los pacientes mortalmente afectados? ¿Debemos dejar que todos mueran, o aplicar el sistema de selección según criterios biomédicos, familiares y sociales, o el proceder al azar? ¿Cuál sería el más razonable y justo? ¿Por cuál sistema preferirían ser seleccionados los beneficiarios? y ¿los no seleccionados o los perjudicados? Si presuponemos el instinto de sobrevivencia en cada candidato, y la propia ignorancia en cuanto a la utilidad social y significado familiar de su persona, la selección por azar se presenta atractiva en vista que es la única que conserva la igualdad de oportunidades. De igual manera podría argumentarse que la angustia y el rencor entre los rechazados sería menor si el criterio usado es el azar, y no el cálculo de utilidad social o inclusive familiar.

Sin embargo, el criterio utilitarista del sistema selectivo por factor indicativos de prioridades puede ser indispensable en casos que la muerte del paciente tenga repercusiones desastrosas (ilust. intentar salvar al presidente de la nación). Aunque el procedimiento de servir al primero que venga (first come, first served) en muchos casos elimina la necesidad de la selección de uno sobre otro —rechazando sólo por no haber cupo— no siempre se presentan los pacientes de forma tan metódica. Las situaciones de emergencia en que muchos pacientes esperan por un mismo tratamiento no pueden resolverse al azar, y es probable que la selección de criterio social sea entonces razonable y claramente la más justa.