

Cuestiones de justicia en la asignación y distribución de órganos para trasplante

Issues of justice in the allocation and distribution of organs for transplantation

Patricio Santillán-Doherty, Julio Herrera-Zamora

Resumen

Actualmente se efectúan trasplantes de diferentes órganos y tejidos, lo que ofrece una opción terapéutica a pacientes con enfermedades orgánicas terminales, y esta práctica es vista por la sociedad como algo bueno. Es importante considerar la normatividad legal aplicable en el área de los trasplantes para lograr una distribución equitativa del tiempo y los recursos para la atención de la salud, en un sistema que tienda a beneficiar al peor dotado. Una vez que los órganos son obtenidos deben ser asignados entre aquellos que esperan un trasplante. A nivel mundial existe un déficit importante en la obtención de órganos con estos fines. Existen criterios de eficiencia y de equidad que tienen que ver tanto con datos médicos como no médicos; la fórmula de asignación debe considerar el peso específico de cada criterio de acuerdo con la importancia que se dé a la eficiencia y a la equidad.

Independientemente de lo que hagamos como Estado, mientras adoptemos una posición donde se respete la autonomía del binomio paciente/proveedor de órganos, se logre un beneficio con el menor daño posible, y dicho beneficio se distribuya de una manera justa en nuestra sociedad, podemos sentirnos seguros de estar caminando en terreno firme.

Palabras clave: Justicia, asignación de órganos.
Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S109-S114

Abstract

Transplantations of different organs and tissues are currently being performed. They provide a therapeutic alternative for patients with terminal illness. This medical practice is seen by the society as something altruistic. It is important to consider the legal regulations that are applicable in the area of transplantation, in order to achieve a fair and timely allocation of health care resources in a system that tends to benefit the most poorly endowed. Once the organs are obtained, they must be delivered for people who are waiting for a transplant. There is a worldwide lack of organs for transplantation. There are criteria of efficiency and equality that are linked to medical data and personal details. Allocation requirements should consider the specific balance of each criteria according to the emphasis given to efficiency and equality. Irregardless of what we do as state, as far as we adopt a position where the autonomy of the patient and the organ provider, when we reach a benefit with the least possible damage, when this benefits are distributed fairly in our community; then can we be sure to be walking in the right direction.

Key words: Justice, organ allocation.
Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S109-S114

www.medigraphic.org.mx

Colegio de Bioética, A.C., y Dirección Médica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER),
Distrito Federal, México.

Recibido para publicación: 2 enero 2013

Aceptado para publicación: 31 enero 2013

Correspondencia: Patricio Santillán-Doherty

Dirección Médica, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Calzada de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 14080, México, Distrito Federal.

Tel: 54-87-17-86, E-mail: patricio.santilland@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

Introducción

En la actualidad se efectúan trasplantes de riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas e intestino en diversas partes del mundo. Esto en adición al uso rutinario de diversos tejidos como sangre, médula ósea, córneas, hueso, piel, válvulas cardíacas y segmentos de arteria. La ciencia médica es capaz de manipular la reacción inmune para lograr que tolere órganos y tejidos no propios provenientes de sujetos humanos e incluso de animales. Estas cuestiones confluyen en beneficio del paciente, y asumimos que la sociedad acepta los trasplantes como moralmente buenos, tal y como lo hace con otras modalidades terapéuticas.

Es posible distinguir tres áreas principales de problemática ética en el tema de los trasplantes: el problema de la definición de muerte, la obtención de los órganos en sí y la asignación de los mismos para su utilización.¹ Los dos primeros tienen que ver directamente con el donador y el tercero, con el receptor; sin embargo, su análisis debe encuadrarse dentro de los llamados principios básicos. Si bien la teoría ética conocida como “principalismo” no es la única forma de abordar estos dilemas, sí resulta con mucho la forma más aceptada dentro del pensamiento de Occidente (que es donde con mayor importancia se han desarrollado los trasplantes de órganos).

Los principios básicos que deben fundamentar cualquier acción biomédica tienen que ver con el respeto a la persona (y la preservación de la fidelidad y la veracidad que merece), la búsqueda del bien (cuyo fin último se resume en la utilidad del actuar médico y casi siempre tiene que ver con evitar la muerte) y, finalmente, el desarrollo con justicia.²⁻⁴ De manera sucinta estos principios conforman la llamada “teoría del principalismo”, basada en el respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Este último elemento es el que nos atañe en el presente escrito.

Se conoce como “justicia” a la obligación de tratar a cada persona de acuerdo al derecho que le corresponde, asumiendo dicho derecho sin distinción de edad, género, raza, religión, opinión política, condición económica u origen nacional o social. Este principio tiene que ver con la distribución equitativa del tiempo y los recursos para la atención de la salud de todos los miembros de la sociedad, por lo que es fácil entender que, en países con grandes deficiencias en la distribución de la riqueza, resulta complicado cumplir con este precepto.

El respeto de esta exigencia se encuentra ligado a la distribución equitativa tanto de los costos como de los beneficios de la participación en una actividad y a la importancia de reconocer la incapacidad de una persona (como parte de un grupo social) de proteger sus propios intereses, en otras palabras, su vulnerabilidad. Este principio general implica también la implementación de mecanismos que compensen las diferencias que se dan en la sociedad en cuanto al menoscabo de la autonomía de las personas y la distribución de riesgos-beneficios. Ejemplos de esta situación se dan en personas que no pueden recurrir a otras formas de atención médica (derechohabientes cautivos), que no pueden satisfacer

necesidades básicas (pobreza extrema), o bien son miembros en un nivel inferior o subordinado de un grupo jerárquico (estudiantes, militares).

Es importante recordar que, desde el punto de vista metodológico, los principios éticos generales constituyen normas universalmente válidas que nos permiten justificar juicios tanto interculturales como transculturales. De una manera general, Rawls establece la necesidad de lo que denomina “juicios considerados” como parte de su “equilibrio reflexivo”.⁵ Así, los principios éticos generales funcionan a manera de “primeros principios”, asumiendo que son compartidos por la mayoría de las personas morales. Sin embargo, en medicina enfrentamos casos particulares que, por lo mismo, son no-universales, concretos y de un contenido muy rico.

Los principios generales, entonces, constituyen un marco de referencia dentro del cual deben quedar insertadas las particularidades de cada caso, el llamado proceso de “especificación” según Beauchamp, que no es otra cosa que la “reducción de la indeterminación de las normas generales para otorgarles una mayor capacidad de acción guiadora mientras que se retienen los compromisos morales de la norma original”.³

La situación de la ley

Es importante considerar la normatividad legal aplicable en el área de los trasplantes en nuestro país antes de pasar a discutir problemas morales específicos. La legislación mexicana reconoce los trasplantes de órganos como una modalidad terapéutica aceptada dentro de la Ley General de Salud bajo el Título XIV: Donación, Trasplante y Pérdida de la Vida, de acuerdo con la última reforma, publicada el 5 de noviembre de 2004.¹¹ En dicho título de la ley, se encuentran capítulos sobre la donación (capítulo II), los trasplantes (capítulo III) y la pérdida de la vida (capítulo IV).⁶

Siguiendo el orden establecido en la ley, el capítulo sobre donación otorga a las personas la potencialidad, como disponentes, de donar una parte o la totalidad de su cuerpo con fines de trasplante (art. 320). Establece que a esta potencialidad se accede mediante consentimiento expreso cuando se realiza por escrito (art. 322); además, este capítulo de la ley establece que la donación de órganos debe ser una actividad altruista y prohíbe el comercio de los mismos (art. 327).

En el capítulo III, sobre trasplantes, se establecen las características de los donadores, identificando a los donadores vivos (art. 333) y a aquellos que cumplen la norma ética comúnmente conocida como la “regla del donador muerto” (art. 334). También se tocan aquí puntos relacionados con la capacidad del grupo médico y su preparación profesional para realizar estos procedimientos (art. 335). En este capítulo se mencionan, de manera muy general, los criterios de asignación de los órganos obtenidos (art. 336), los cuales establecen como prioritarios aquellos relacionados con la “gravedad del caso, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados”. Profundizar sobre esto es el propósito del presente escrito, advirtiendo que

la obligatoriedad del cumplimiento de la ley establece únicamente la legalidad del asunto. La justicia, vista desde el punto de vista principialista, tiene una serie de aristas que van más allá del mero cumplimiento del precepto legal. Esto se vuelve un problema importante a tomar en cuenta, toda vez que la norma legalmente establecida (Ley General de Salud) resulta muy escueta como guía de acción.

En otras palabras, la normatividad del Estado para regular la actividad de los trasplantes responde a la necesidad que la sociedad tiene de ésta. La generación de faltas a dicha normatividad siempre caerá en el terreno de la ilegalidad y muchas veces coincidirá con el terreno de lo ético, pero no necesariamente. Lo inverso es también cierto: algunas situaciones legalmente reguladas pueden presentar ciertos problemas éticos que es necesario revisar tomando en cuenta las características propias de nuestra sociedad.

Moralmente, extraer un órgano de un sujeto, aun cuando sea con objeto de beneficiar a otro, se justifica sólo si dicho órgano ya no es de utilidad para el sujeto de quien proviene. La forma más segura de determinar que un órgano ya no es necesario para un individuo es cuando éste ha dejado de existir como persona humana, cuando ha sobrevenido la muerte; a esto se le conoce como la “regla del donador muerto”, y constituye la base que justifica moralmente el uso de órganos para trasplante.

Una sociedad organizada es capaz de implementar programas de trasplante de órganos para resolver padecimientos médicos que le aquejan. El único problema de estos programas es que no funcionan; es un hecho demostrado internacionalmente que el número de pacientes que requieren de un órgano excede con mucho el número de órganos obtenidos. Estos órganos son conseguidos a través del sistema de atención médica de la sociedad, y se espera de dicho sistema que sea capaz de regular de manera eficiente —y, sobre todo, justa— la entrega de dichos órganos al segmento de la sociedad que los requiere. Los métodos de asignación de órganos para trasplante adquieren relevancia extrema a raíz de la reconocida escasez de los mismos. Este problema tiene que ver primordialmente con el respeto al principio de justicia.

Problemáticas en la asignación de órganos para trasplante

Una vez que los órganos son obtenidos, deben ser asignados entre aquellos que esperan un trasplante. El hecho real es que existen muchos receptores y pocos órganos para trasplantar: la página web de la UNOS (*United Network for Organ Sharing*, de los EUA) enlista actualmente (abril de 2013) a 128,365 pacientes en espera de algún órgano, y reporta haber tenido el año anterior 8,143/14,014 donadores cadavéricos.⁷

La situación en México es proporcionalmente similar, pero con un menor número de pacientes: el Centro Nacional de Trasplantes de la Secretaría de Salud (CENATRA) registra en su página web un total de 9,901 pacientes en espera en abril de 2013, y su reporte anual

del 2012 menciona haber realizado 847/2,518 trasplantes provenientes de donador fallecido.⁸

Como se puede apreciar, claramente existe un déficit importante en la obtención de órganos para trasplante con objeto de cubrir las necesidades de aquellos que los requieren; así, los órganos obtenidos se convierten en un recurso biológico cuyo valor se ve influenciado no solamente por la capacidad de poder resolver la problemática médica de pacientes específicos, sino que se ve aumentado importantemente por la extrema escasez de dicho recurso. De esto deriva que su asignación/distribución se realice con estrictos criterios de justicia en el sentido más profundo del término, con limpieza e imparcialidad en el proceso y con la atención adecuada a las diferencias existentes entre los involucrados —que potencialmente minimizan las oportunidades de los sujetos a poder beneficiarse de estos tratamientos— para poder garantizar la equidad del proceso.

En México, la ley impone que los criterios para decidir a quién “le toca” un órgano incluyen “la gravedad del caso, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados”. Países con mayor actividad de trasplantes presentan complejos esquemas de puntaje donde se valora la importancia de una serie de características médicas y no médicas que merecen consideración.⁹ El **cuadro I** muestra los criterios y el puntaje otorgado en el sistema utilizado por la UNOS; éste es un sistema donde la información de los pacientes es alimentada y procesada cibernéticamente para evitar influencias directas externas. El valor que se da a cada una de las características evaluadas depende primordialmente de la filosofía política de la sociedad involucrada. Existen aquéllos que otorgan predominancia a características ligadas a la eficiencia del procedimiento (léase beneficencia/no maleficencia), mientras que otros favorecen aquellas características ligadas a la justicia.

Veatch¹⁰ argumenta que existe un sesgo en otorgar al grupo médico el poder de decidir sobre asuntos de asignación de órganos debido, principalmente, a que dichas determinaciones se toman con base en información médica de los sujetos, y siempre tendemos a querer beneficiar a aquellos individuos con los que estamos directamente involucrados, el sesgo hipocrático. Su postura es que los médicos, si bien debemos participar produciendo la información médica pertinente a la toma de decisiones, debemos mantenernos libres de las resoluciones finales para dedicarnos enteramente y con lealtad a nuestros pacientes. Al parecer, esto justifica que la existencia de sistemas automatizados como el de la UNOS sea una buena solución a este conflicto potencial. Al otorgar los puntajes se analizan una serie de condiciones, datos y situaciones que impactan tanto en la utilidad como en la justicia (eficiencia y equidad) como factores morales relevantes para decidir asignar un órgano.

El ejemplo más simple de criterio de asignación de algo es la regla de la fila: el primero en llegar es el primero en ser considerado; así, el tiempo en la lista de espera para un trasplante se vuelve un factor importante, pero de ninguna manera es el único a tomarse en cuenta. En

nuestro país se propicia mucho el uso de este criterio, al cual se le agregan consideraciones o criterios de carácter geográfico (los órganos se quedan inicialmente en la región donde son obtenidos), así como institucionales (competencia entre las diversas instituciones responsables de proveer servicios de trasplante de órganos).

No existe duda de que un trasplante produce utilidad. Entre mejor sea ésta, entre más eficientemente funcione el órgano trasplantado, mayor será el beneficio recibido por el paciente, lo que aumentará la probabilidad de su reintegración a la sociedad como ciudadano productivo. Así pues, se pueden notar una utilidad médica y una utilidad social.

La utilidad médica se encuentra firmemente anclada en la posibilidad de salvar una vida (o, por lo menos, mejorarla sustancialmente). Sin embargo, calcular el beneficio médico resulta una tarea difícil que debe incluir consideraciones sobre la supervivencia del paciente (tomando en cuenta una supervivencia total de 70 años, ¿tiene el mismo valor ofrecer una supervivencia de 20 años a un individuo de 50 que ofrecer una de 40 años a uno de 30?); tiene también que ver con la supervivencia del injerto (ofrecer órganos a aquéllos en quienes se espera un mayor número de años de vida ganados gracias al injerto); con

la mejoría en el estado psicológico y la calidad de vida (implica cálculos sofisticados de años de vida ajustados a calidad, conocidos como QALY por sus siglas en inglés); con los actores inmunológicos (por tipificación HLA A, B o DR, identificados como incompatibilidades -0,1,2); la edad del receptor (el abordaje utilitario consideraría favorecer a aquellos con mayor probabilidad de supervivencia general; los niños presentan problemas especiales en relación a diálisis, por lo que se otorga puntaje extra); y su acceso a diversas alternativas de otros tratamientos (por ejemplo, diálisis peritoneal o hemodiálisis; favoreceríamos pacientes sin otras alternativas).

El peso otorgado a los diferentes factores dependería del objetivo de medición final (probablemente serían los años de vida ajustados a calidad, los QALY); sin embargo, no todo estaría dicho.

Así, el utilitario puro se propondría maximizar el bien neto independientemente de la forma en que se distribuyera ese bien. Esto incluye la utilidad social obtenida a través de los programas de trasplante, catalogando a los pacientes de acuerdo con la cantidad de bien resultante de haber recibido órganos. Mucho se ha dicho sobre el valor social de las personas y el bien que la sociedad recibe del hecho de mejorar su situación (¿Vale más

Cuadro I. Sistema de puntaje automatizado que utiliza factores de utilidad en cuanto al beneficio esperado y de equidad en cuanto a las diferencias que impactan en la posibilidad de obtener un órgano útil para trasplante, similar al utilizado por la UNOS (United Network for Organ Sharing). Se muestra el valor numérico otorgado y su fundamento moral.

Criterio de asignación	Puntos	Observaciones
Tiempo en lista de espera*		Justicia: necesidades de aquellos que han esperado más. Se utiliza un esquema de compensación por grupo sanguíneo
Tiempo más prolongado > 365 días	1.0	
Incompatibilidad HLA-B o DR	0.5	Utilidad: Criterio empírico de la probabilidad de supervivencia del injerto
0	7.0	
1	5.0	
2	2.0	
Estado médico		Justicia: "necesidad presente", el más grave debe ir primero. Conflicto con criterios geográficos (local-regional-nacional)
Estado 1	**	
Estado 2A		
Estado 2B		
Estado 3		
Presensibilización (panel de anticuerpos preformados > 80%)	4.0	Justicia: grupo con reconocida dificultad de encontrar órganos con pruebas cruzadas negativas (mujeres que han tenido embarazo, multitransfundidos, trasplantados previamente)
Edad		Utilidad: A menor edad aumenta el beneficio
< 11 años	3.0	Justicia: "utilidad a lo largo de la vida", disminución total del número de años ajustados a calidad sin el trasplante
11-18 años	2.0	

* El puntaje de tiempo de espera se calcula de acuerdo al grupo sanguíneo ABO. Se agrupan pacientes por grupo sanguíneo y se ordenan cronológicamente del más al menos antiguo; se otorga un máximo de 1.0 al tiempo más largo y se disminuye el puntaje proporcionalmente de acuerdo al número de candidatos del mismo grupo, dividiendo el número de orden regresivo entre el total del grupo sanguíneo (v. gr.: para 10 pacientes con grupo A, el más antiguo ocuparía el lugar 10, que dividido entre el total, 10/10, da 1.0; el octavo sería 8/10 = 0.8, el sexto lugar sería 6/10 = 0.6, etcétera).

** El puntaje varía de acuerdo al órgano. Hígado, corazón y pulmón incluyen también compatibilidad por tamaño de receptor/donador (en general se permite una variación de $\pm 10\%$).

Modificado de Santillán-Doherty, 2007.

trasplantar a un gran científico o artista cuya producción más significativa está por venir? ¿Debemos preferir personalidades que han creado mucho bien a la sociedad por encima de ciudadanos comunes? ¿Dónde quedan los grupos marginados?) Existe consenso general de que la valía social de los receptores debe quedar fuera del proceso de asignación de órganos; hacerlo de otra forma generaría riesgo de caer en situaciones de abierta discriminación.

Importancia del principio de justicia en el asunto de los trasplantes

El riesgo de ignorar el patrón de distribución del bien otorgado es un problema serio con un acercamiento netamente utilitario. Parece quedar claro que utilizar exclusivamente criterios geográficos, institucionales o de temporalidad no resulta para nada suficiente para cumplir el principio de justicia. Uno podría tener visiones de posible discriminación en contra de pacientes añosos, pacientes difíciles por grupo sanguíneo, raza, género (las mujeres tienen mayor probabilidad de rechazo) y condición socioeconómica.

Esto obliga a dar un peso importante al principio de justicia mediante la consideración de factores que conviertan la asignación en algo equitativo y justo. Ya que la eficiencia y la equidad en ocasiones entran en conflicto, puede ser que un sistema muy eficiente en maximizar el bien obtenido de un trasplante no resulte el más justo. El enfoque de cualquier teoría de la justicia no es sobre la cantidad de bien producido sino sobre el patrón de distribución del bien. Considerar que un patrón de distribución es justo tiene que ver con otorgar a las personas las oportunidades de obtener un desenlace similar. En relación con la atención de la salud, esto significa señalar a aquellos médicamente peor dotados y ofrecerles la oportunidad, en la medida de lo posible, de obtener una salud tan buena como la de otros miembros de la sociedad. Definir a los “médicamente peor dotados” es complejo, pero en relación con los trasplantes se pueden contemplar tres factores: “necesidad presente”, “urgencia” y “necesidad a lo largo de la vida”.

La “necesidad presente” se refiere a que los más enfermos merecen consideración prioritaria; va de la mano con la gravedad que presentan. En ocasiones, el grado de deterioro es tal que el beneficio de un trasplante podría arriesgarse de tal manera que obligaría a escoger pacientes menos deteriorados (desde un punto de vista meramente utilitario), generando potencialmente un conflicto moral. Esta situación es relevante al tratarse de órganos que no tienen alternativas temporales de tratamiento, y la forma ideada para resolverla es mediante la clasificación de los enfermos en estados de necesidad médica (v. gr.: el UNOS clasifica a los pacientes en espera de un hígado en estado 1 para hepatitis fulminante, 2A para aquellos en terapia intensiva con falla crónica, 2B para hospitalizados pero no en terapia intensiva, 3 con manejo domiciliario).

La “urgencia médica” se relaciona con la prontitud con la que el paciente morirá sin un trasplante. Se trata de pacientes que pueden encontrarse en una prioridad baja de acuerdo con su necesidad médica; sin embar-

go, se encuentran muy enfermos y deteriorándose a tal grado que presentan urgencia, ya que podrían empeorar si no se trasplantan. Este concepto tiene relación con la probabilidad de encontrar otro órgano antes de que su deterioro le impida continuar esperando, utilizando el concepto de “deterioro inminente esperado”, donde la urgencia estriba en su probabilidad de muerte en el futuro inmediato si no se trasplanta. El otro concepto tiene que ver con la probabilidad de encontrar un órgano adecuado en el futuro: su preferencia se genera en que presentan situaciones especiales que dificultan encontrar órganos adecuados; estas situaciones incluyen: panel de anticuerpos reactivos elevado (situación común en personas que han recibido otros órganos, transfusiones o mujeres que han estado embarazadas; un panel > 80% es de alto riesgo para rechazo agudo y son descartados si las pruebas cruzadas lo muestran, por lo que estos pacientes son beneficiados con puntos extra si encuentran un donador negativo en sus pruebas cruzadas); grupo sanguíneo (el grupo O es un donador universal pero sólo puede recibir órganos provenientes de su mismo grupo, mientras que el grupo A recibe del O y del A, el grupo B recibe del O y del B, y el AB recibe de todos; por eso se hacen ajustes de acuerdo a estos parámetros para eliminar sesgos de asignación).

La “necesidad a lo largo de la vida” introduce conceptos no relacionados con la “necesidad presente” o la “urgencia”, pero que afectan la calidad de vida esperable del paciente. El primer factor es el de la edad a la que se desarrolla la enfermedad, y que impacta sobre la calidad de vida que ha tenido la persona (no es lo mismo desarrollar la enfermedad a los 70 años que a los 30): la persona más necesitada es la que termina con menos años de vida ajustados a calidad (QALYs) si no se trasplanta (claramente la de 30 años). Esto no significa discriminación utilitaria por edad sino que, desde el punto de vista de la justicia, resulta que es mejor darle prioridad al joven por encima del añoso. Otros factores son el efecto de trasplantes repetidos (el dilema de oportunidades ya tomadas versus la justicia de haber sufrido menor número de años de vida ajustados por calidad), el tiempo de espera y la geografía (el sitio donde se obtiene el órgano, dando prioridad a la institución, posteriormente a la región y finalmente de manera nacional; aunque existen argumentos atendibles que apoyan un sistema exclusiva y totalmente nacional).

Comentario final

Como se puede observar, existen criterios de eficiencia y de equidad que tienen que ver tanto con datos médicos (HLA, grupo sanguíneo, anticuerpos preformados) como no médicos (edad de inicio de enfermedad, lugar de residencia). La fórmula de asignación debe considerar el peso específico de cada criterio de acuerdo con la importancia que se dé a la eficiencia y a la equidad (sin embargo, es notoriamente mayor la presencia de argumentos relacionados con la justicia y, en lo personal, me parece que así debe ser: dar prioridad a la equidad).

Nuestro país presenta un sistema de atención médica heterogénea donde los programas de trasplante funcio-

nan de la misma manera, adoptando modas en la forma de tratar de incrementar la actividad de los trasplantes a nivel nacional. La concentración de la actividad predomina notoriamente en las tres principales ciudades del país (Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey), con algunos picos en cuanto a riñones se refiere en otras ciudades medianas. Es claro que mejorar la actividad de los trasplantes depende más de una mejora general en el sistema de atención de la salud.

Si queremos como sociedad ofrecer tratamientos costosos para padecimientos terminales deberemos aceptar los costos y ofrecer los trasplantes de acuerdo con criterios de eficiencia y, sobre todo, equidad. Nuestro sistema político actual favorece la maximización del bien neto agregado que se produce en la sociedad (legado filosófico de la escuela utilitaria inglesa). Sin embargo, en una sociedad tan heterogénea como la nuestra, parece más sano pensar a través de un "velo de ignorancia", como sugiere Rawls (v. gr.: actuar y proponer decisiones sin saber qué posición ocupamos dentro de la sociedad, corriendo el riesgo de encontrarnos en un grupo desprotegido), y propugnar por un sistema que tienda a beneficiar al peor dotado, aplicando el principio del "maximin" (maximización del mínimo). Dar preferencia al desvalido parece ser algo favorecido por sociedades similares a la nuestra, como la brasileña.¹¹

Independientemente de lo que hagamos como Estado, mientras adoptemos una posición donde se respete la autonomía del binomio paciente/proveedor de órganos, se logre un beneficio con el menor daño posible, y dicho beneficio se distribuya de una manera justa en nuestra sociedad, podemos sentirnos seguros de estar caminando en terreno firme.

Referencias

1. Santillán-Doherty P, Lisker R, Pérez-Tamayo R, Tapia R. Ética y trasplante de órganos. En: *La construcción de la bioética*. México: Fondo de Cultura Económica; 2007.
2. Careaga G, Figueroa J, Mejía M, Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento. *Informe Belmont: Principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas. Ética y Salud Reproductiva*. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Editorial Porrúa; 1996. pp. 423-440.
3. Beauchamp TL. Methods and principles in biomedical ethics. *J Med Ethics*. 2003; 29: 269-274.
4. Santillán-Doherty P, Cabral-Castañeda A, Soto-Ramírez L. El consentimiento informado en la práctica clínica y en la investigación médica. *Rev Invest Clin Mex*. 2003; 55: 322-338.
5. Rawls J. *A theory of justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1971.
6. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 2003.
7. United Network for Organ Sharing. [Consultado el 24 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.unos.org/donation/index.php?topic=data>
8. Centro Nacional de Trasplantes. *Estado actual de donación y trasplantes en México. Anual 2012*. [Consultado el 24 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/trasplante/reporte_anual_2012.pdf
9. Hauptman PJ, O'Connor KJ. Procurement and allocation of solid organs for transplantation. *N Engl J Med*. 1997; 336: 422-431.
10. Veatch RM. Who empowers medical doctors to make allocative decisions for dialysis and organ transplantation? In: Veatch RM. *Transplantation Ethics*. Washington, DC, EUA: Georgetown University Press; 2000. pp. 277-286.
11. Fortes PAC, Zoboli ELCP. A study on the ethics of microallocation of scarce resources in health care. *J Med Ethics*. 2002; 28: 266-269.