

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen
Volume **18**

Número
Number **4**

Octubre-Diciembre
October-December **2005**

Artículo:

Editorial Trasplantes y minorías

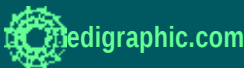
Derechos reservados, Copyright © 2005:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Trasplantes y minorías

FERNANDO CANO VALLE*

* Director General, INER.

Maxwell Yalden, Comisionado en Jefe de la Comisión Canadiense de Derechos Humanos expresa que, como en muchos otros países, la Segunda Guerra Mundial representa un parteaguas en los derechos humanos en Canadá y reconoce que la primera parte de este siglo ha estado marcada también por políticas de inmigración racistas y una jurisprudencia ciertamente sexista. Hay que reconocer los avances, aunque han sido más lentos de lo que se quisiera. Después de 30 años de esfuerzos persistentes, los informes de Derechos Humanos en Canadá siguen relatando incidentes de conflictos raciales, marginación de aborígenes e incapacitados y otros abusos de autoridad. La Ley Federal, en lugar de estar a la vanguardia, va a la zaga de algunos de los códigos de muchos aspectos.

En el contexto general, el retraso de los códigos y las legislaciones en materia de ética y derechos humanos es un fenómeno natural, considerando que el ser humano suele moverse en contradicción ante la acumulación rápida de nueva información con programas sociales o jurídicos que cambian lentamente. No podría ser de otra forma, ya que para que los jurisconsultos puedan legislar sobre la manera en que los progresos de la técnica deben sujetarse a las normas de convivencia social, estos progresos deben ser una realidad tangible. En otras palabras, el Derecho está destinado a seguir los pasos de la ciencia.

En el caso de los trasplantes de órganos el enorme avance tecnológico y científico que en los últimos años ha alcanzado esta medida terapéutica no la hace diferente de lo que expresaba el prologoista de la primera edición del *Codex Medicamentarius Gallicus* (1816) cuando, refiriéndose a la terapéutica de entonces,

decía: "nada envejece tan de prisa como la farmacopea".

En efecto, enorme es el avance del entendimiento de los cambios fisiopatológicos y bioquímicos del fenómeno isquemia/reperfusión del órgano trasplantado, o bien, sobre los agentes farmacológicos en las soluciones cardioplégicas para preservar la función ventricular posisquémica. Los trasplantes pulmonares exitosos en enfisema y fibrosis quística, entre otras causas de patología pulmonar en etapa final, suman más de 500 bilaterales y 1,000 unilaterales en todo el mundo. Si bien se estima en 1,700 donadores pulmonares al año; aún 400 pacientes con enfermedades fibroquísticas mueren anualmente en Estados Unidos.

Sin embargo, por las razones que antes expusimos, todavía no se resuelven en su totalidad los aspectos éticos y jurídicos relativos a los trasplantes. Cito nuevamente a Maxwell Yalden: "las enmiendas de la Ley deberán ofrecer un concepto de la igualdad que garantice los derechos de los desfavorecidos y proporcionen a la sociedad los medios para garantizar que ese ideal sea alcanzado". Si esto acaece en los países desarrollados, ¿qué debemos hacer en México? Este es un primer aspecto ético que los hombres preocupados por el avance de las ciencias bajo un sentido profundamente social deberemos resolver: ¿quién cuenta, en la actualidad, con un acceso real a esta medida terapéutica?

Por otro lado, no está por demás acudir a la revisión de la literatura médica para encontrar comparaciones entre enfermos de diversas etnias, particularmente con enfermedades asociadas a promiscuidad, conductas antisociales, transmisión sexual, abuso de drogas, violencia o violación sexual.

También existen diferencias en la incidencia de enfermedad renal o cardiovascular, en donde el sesgo o juicio selectivo afectan, por su falta de objetividad, las políticas de la minoría y le dan un tinte de desarmonía a la misión de la Medicina.

Cuando el enfoque racial es usado como una variable en investigación no es difícil caer en problemas éticos, como cuando a partir de inferencias genéticas, que explican cierto tipo de enfermedades, se intenta explicar lo que en el fondo es una expresión de las diferencias sociales, económicas o políticas.

Debemos reconocer así que los científicos no operan en el vacío. Éstos pertenecen a una sociedad sujeta a doctrinas, actitudes o actividades que con frecuencia violan los derechos humanos y pareciera —cuando menos— conveniente, señalarlos.

Robert Hahn refiere que las estadísticas federales en Estados Unidos señalan que, en 1987, la mortalidad infantil era 2.1 veces más alta en la población negra que en la blanca, y que la proporción de personas no cubierta por cualquier forma de seguridad social era 1.6 mayor en la población negra que en la blanca, reconociéndose que en poblaciones hispanas y no blancas, la calidad de las estadísticas en salud es problemática; éstas se caracterizan por subregistro e inadecuada clasificación, difiere en órdenes de magnitud, en momentos diferentes y definiciones inconsistentes que traducen resultados de validez cuestionable; 10 años después la mortalidad infantil de la población hispana y negra continúa en los mismos términos, es decir, más del doble.

Sanfilipo señala que el tiempo de espera en la adjudicación de un riñón entre pacientes blancos y negros, revela una disparidad difícil de explicar 11.9 meses *versus* 15.4; la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud, en marzo de 1991 señala que esta diferencia es de 13.9 meses para la población negra *versus* 7.6 en relación con la blanca.

En la discusión sobre esta clara inequidad se ha mencionado que la demanda de la población

negra es exagerada, ya que constituye el 12% de la población general y representa el 27% de todos los casos de enfermedad renal terminal. Por lo que se confirma, confundiendo lamentablemente ignorancia, privación económica, pérdida de la autoestima, con la variable "raza"; son esos los factores que predisponen a la enfermedad asociada a promiscuidad o conducta antisocial. El científico debiera considerar estos aspectos que contribuyen al riesgo de enfermar y tratar de responder en nuestro medio, el médico, varias preguntas desde el punto de vista ético.

La donación de órganos en minorías es un tema complejo y de profunda seriedad. Toledo Pereyra hace referencia a Callender de la Universidad de Howard y sus estudios sobre la población negra y a Pérez y Santiago Delpin, sobre población puertorriqueña; el primero en Estados Unidos y el segundo, en la Isla de Puerto Rico. Parece claro que las minorías, como la negra e hispana en Estados Unidos, permanecen muy distantes de las políticas de salud. Ciertamente, tanto en la población hispana como en la población negra, subyace una forma de organización social con el propósito de cerrar la ancha zanja étnica que existe. Ante esta realidad, cabría preguntarse: ¿Cómo se encuentran estos aspectos raciales con los criterios para adjudicar órganos actualmente? Quizá en otros aspectos como el límite de 55 años de edad en algunos trasplantes, o condicionar la adjudicación de órganos al suficiente apoyo familiar para el manejo subsecuente de la intervención quirúrgica o condicionarlo al empleo. La indigencia, el alcoholismo, las adicciones son producto de la ignorancia, pobreza extrema que se refleja, principalmente, en la economía de los pacientes, por no agregar el concepto de discriminación racial, en el caso de aplicarlos como criterio de exclusión en la adjudicación de órganos.

La cultura de donación de órganos es poco menos que incipiente en nuestro país. Nuestro deber es fomentarla. ¡Hagámoslo ya!

Noviembre, 2005