



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS  
CAMPO DEL CONOCIMIENTO DE LAS HUMANIDADES EN SALUD  
CAMPO DISCIPLINARIO BIOÉTICA**

**CRITERIOS BIOÉTICOS PARA LA ASIGNACIÓN DE RIÑÓN  
ENFOCADO AL ADULTO MAYOR**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:**

**MAESTRA EN BIOÉTICA**

**PRESENTA**

**ITZEL VILLA PÁEZ**

**DIRECTORAS DE TESIS:**

**DRA. MARÍA DE LA LUZ CASAS MARTÍNEZ**

**DRA. LIZBETH MARGARITA SAGOLS SALES**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
MÉXICO, D.F ABRIL DE 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	
INTRODUCCIÓN.....	I
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	
1.1 Marco médico sobre trasplantes.....	4
1.1.1 ¿Qué es un trasplante?.....	5
1.1.2 El trasplante de riñón.....	5
1.1.3. Tratamiento médico.....	8
1.2 Marco legal mexicano sobre trasplantes.....	10
1.2.1 Comités Internos de Trasplantes.....	16
1.3 Consideraciones bioéticas sobre trasplantes.....	19
1.3.1 Principios Rectores.....	19
1.3.2 Documento de Aguascalientes.....	22
1.4 Perfil sociodemográfico del adulto mayor.....	26
1.4.1 México.....	28
CAPÍTULO 2: INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	
2.1 Contextualización.....	39
2.2 Metodología.....	48
2.3 Presentación de resultados.....	59
2.4 Interpretación.....	85
CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN	
3.1 De vuelta a la ética.....	89
3.1.1 Bases generales del Utilitarismo.....	90
3.1.2 Bases generales del Deontologismo.....	92
3.2 Criterios de asignación concluyentes.....	93
3.2.1 Criterios utilitaristas.....	93
3.2.2 Consideraciones deontológicas.....	95
3.2.2.1 El criterio de orden de llegada.....	95
3.2.2.2 El criterio de urgencia.....	96
3.2.2.3 El acceso al trasplante y servicios de salud como una oportunidad de mejorar su calidad de vida.....	97
3.4 El adulto mayor.....	98
3.5 Modelo de selección en el adulto mayor.....	106
3.6 Consentimiento Informado.....	111
CONCLUSIONES.....	118
ANEXOS.....	124
REFERENCIAS.....	131

## Agradecimientos

A mis padres, nuevamente son el soporte integral de este esfuerzo.

A mi hermanos Stephanie, Michael y Edith, saben que este éxito también es de ustedes.

A mis amigos: Adriel, Susi, Quique, Daniel, Anahí, Pierre, Manfredo y Kí'n su paciencia, lecturas, comentarios y compañía fueron fundamentales en esta investigación.

A mi nuevo amigo Enrique, este proyecto fue el responsable de hacernos coincidir, gracias por la enorme ayuda en cada proceso de esta tesis y en general al CENATRA por las facilidades y asesoría otorgadas.

A mis tutoras María de la Luz y Lisbeth, cada una hizo aportaciones muy valiosas en este trabajo.

A David y Ttextu, gracias por abrirme las puertas del CSIC y hacerme sentir como en casa, gracias por permitirme acercarme a otra realidad cultural, académica y de la práctica de los trasplantes.

A los académicos o profesores que en algún momento me asesoraron en el proceso de esta tesis, Martha Romero, Guillermo Cantú, Carolina Consejo, María Teresa López de la Vieja y Ángel Puyol.

A los participantes de la investigación de campo, gracias por creer en este proyecto y compartir sus opiniones y experiencias en la práctica de los trasplantes.

A mis compañeros de generación de la maestría y doctorado en bioética, fue muy grato compartir dos años de clases, de congresos, de coloquios y de amistad.

A mis profesores:

Dr. Carlos Viesca Treviño,

Dra. Paulette Dieterlen Struck,

Dr. Victor Manuel Martínez Bullé Goiry

Dr. Alejandro Herrera e Ibañez

Dra. Veatriz Vanda Cantón

Dr. Ricardo Páez Moreno

Dra. Xochitl Martínez Barbosa

Dra. Mariblanca Ramos Rocha

## INTRODUCCIÓN

El tema de los trasplantes de órganos es cronológicamente contemporáneo a la bioética. Ambos, han despertado polémica, esperanza, éxitos y fallas prometiendo un futuro con los mismos tópicos. No es casualidad que haya escogido este tema de investigación para la tesis de maestría en bioética. En 2008 tuve la oportunidad de conocer la bioética como área de estudio en filosofía y desde entonces no ha faltado en mi trayecto académico. En 2010, realicé mis prácticas profesionales desarrollando un proyecto sobre la reformulación de un protocolo para el testimonio de los coordinadores de donación en Jalisco en la petición de órganos. En 2011 concluí mi tesis de licenciatura sobre el altruismo en el donante vivo de órganos desde una perspectiva utilitarista.

Como parte de la investigación de esa tesis, me llamó la atención que en el 2012, aparecía en el Reglamento a la Ley General de Salud, artículo 25, fracción V que dentro de las pautas de selección de los candidatos a receptor estaba la recomendación de una edad máxima de 60 años. Este criterio de selección (o exclusión según se le quiera ver) fue el primer referente objetivo que me motivó a la investigación del presente trabajo cuyo estudio fue desde la investigación preponderantemente cualitativa y un análisis final de la aplicación de las perspectivas éticas producto de la investigación. La selección de candidatos a trasplante está a cargo de los Comités Internos de Trasplantes de cada hospital, por lo cual mi objeto de estudio se centró en el análisis de estos comités.

La pregunta de investigación es ¿qué criterios bioéticos de asignación de riñón implementan los Comités Internos de Trasplantes en la práctica para la selección del adulto mayor? La tesis a defender consiste en los criterios que identifiqué en los comités y expongo de manera coherente.

Admito que esta tesis me representó un reto en cuanto a su configuración, pero eso mismo me permitió traspasar el discurso teórico y sumergirme en el discurso práctico,

conocer la voz viva de los participantes en las tomas de decisión, problemas, éxitos y expectativas, experiencia que me permitió realizar valoraciones más completas vistas desde una perspectiva integradora.

La tesis está conformada por tres capítulos delimitados por su campo de estudio<sup>1</sup>:

En el primer capítulo, *Marco teórico*, planteo el marco de discusión básico en la contextualización de la asignación de riñón. La exposición va de lo general a lo específico, del panorama internacional, nacional y local, aunque no siempre se cumplen los tres ámbitos pero siempre lleva ese orden. A su vez, el primer capítulo (y de hecho el resto de la tesis) lleva un orden expositivo de implicaciones médicas, después las legales, continuando con las bioéticas y cerrando con las sociales. Todas están orientadas a la identificación de implicaciones éticas.

En el segundo capítulo, *Investigación cualitativa*, hago un contexto de la investigación cualitativa y cuantitativa, expongo su estructura, las referencias bibliográficas que la soportan y las fuentes de datos de los Comités Internos de Trasplantes: las entrevistas, los cuestionarios y los protocolos son el foco de atención, desglosando los resultados finales de cada uno. Una vez expuestos los resultados de las entrevistas y de los cuestionarios, interpreté categorías que son trianguladas con los resultados de los protocolos. Los criterios que han resultado de este proceso de decantación son los que responden a mi pregunta de investigación en su modo más crudo o de una manera más socio-médica.

En el tercer capítulo, *Discusión*, con el material obtenido de manera inductiva, desarrollo un análisis deductivo. Haciendo una revisión crítica del material obtenido, elegí las perspectivas del utilitarismo y deontologismo, ya que considero que respaldan los criterios bioéticos de las fuentes de datos. También introduje los criterios propuestos por Ángel Puyol (filósofo especialista en bioética y teorías de la justicia e igualdad)<sup>2</sup>, como forma de confrontación de criterios bioéticos de asignación. Lo anterior obedece a lo que

---

<sup>1</sup> Todas las abreviaturas utilizadas pueden consultarse en el apartado de *Anexos*.

<sup>2</sup> En octubre de 2013, tuve la oportunidad de conocerlo en persona y charlar sobre el desarrollo de esta tesis en la Universidad Autónoma de Barcelona.

en investigación cualitativa se llama “desarrollo de teoría”<sup>3</sup> y que en lo personal sirvió como un referente estático que ayudó a no perderme en el análisis cualitativo de contenido.

Los resultados de los criterios bioéticos de asignación consolidados mediante la investigación cualitativa los analizo en el tercer capítulo junto con el marco teórico. El análisis lo hago a través de paradigmas bioéticos, cambiando la perspectiva de investigación inductiva a un análisis deductivo. Analizo la justificación de los criterios bioéticos (utilitaristas) en la asignación final y las consideraciones deontológicas en la pre-asignación.

Es en este momento de la investigación que las distinciones conceptuales de asignación y pre-asignación se consolidan y se integran como parte de una respuesta estructurada a mi pregunta de investigación. Por una parte, los criterios de asignación concluyentes los identifiqué como utilitaristas, por otra parte, las consideraciones en la pre-asignación las identifiqué como utilitaristas y deontológicas. Sólo me detengo en cuatro de éstas: el orden de llegada, el acceso al tratamiento pertinente como oportunidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes, la calidad de vida desde algunas consideraciones desde la perspectiva de Fernando Lolas (médico psiquiatra y especialista en bioética) y el consentimiento informado.

Finalmente, expongo un modelo de selección del adulto mayor que obedece a la estructura construida en mi investigación: diferenciado por códigos médico, legal, bioético y social, y sub-diferenciado por las categorías de pre-asignación y asignación. Dicho modelo obedece a una estructura de diferenciación basada en las fuentes de datos y no a una propuesta de aplicación, pues, si bien tomo en cuenta el contexto actual y verídico, su aplicación requeriría de una discusión en políticas públicas, (inter)institucional, a consideración de cada Comité Interno de Trasplante, entre otros.

---

<sup>3</sup> Flick, Uwe. 2012. *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata / Fundación Paideia Galiza, Madrid (Traducción de Tomás del Amo), p. 193.

## CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

Los trasplantes de órganos como parte de la medicina son una muestra de los avances, alcances y progreso de la humanidad. Muchas vidas se han salvado a partir de ellos, pero además demuestran la gran pericia humana y los avances de la medicina, así como de lograr nuevas posibilidades de mejorar la salud de los enfermos que requieren un trasplante. El trasplante de órganos ha desatado diversas problemáticas, como la regulación en la asignación de órganos y tejidos, cuya justificación (principalmente ética, legal y médica) aún se discute tanto en el ámbito local como en el internacional. Las dificultades relacionadas con estas decisiones son el punto de partida de mi análisis.

### 1.1 Marco médico sobre trasplantes

El siguiente apartado muestra el marco médico sobre trasplantes enfocado al trasplante con donante cadavérico. Se trata de dar un breve contexto de la situación internacional<sup>4</sup> y nacional de la literatura sobre el tema. Inevitablemente el contexto médico mostrará tintes legales, sociales, éticos, etc., pues no pretendo hacer una exposición pura sino una delimitación por contexto general de lo que se está implementando actualmente en la práctica de los trasplantes.

---

<sup>4</sup> Siempre que me refiera al plano internacional debe tomarse en cuenta el sesgo de considerar siempre a Occidente y mayoritariamente EUA y Europa.

### 1.1.1 ¿Qué es un trasplante?

Para comprender los alcances y limitaciones de la práctica médica de los trasplantes, se requiere explicar algunos conceptos básicos. En primer lugar, el trasplante se define como “la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo”<sup>5</sup>. El diagnóstico de la afectación grave de cierto órgano o tejido dictaminado por especialistas, determina si el paciente es viable para el tratamiento de trasplante.

Se distinguen cuatro tipos de trasplantes según su relación genética: autotrasplantes o autoinjertos, que consisten en que el mismo sujeto sea donador y receptor de tejido. Por su naturaleza, este trasplante es el único en el que la figura del donante no genera dilemas éticos; isotrasplantes, que se realizan entre sujetos genéticamente idénticos (gemelos); homotrasplantes o alotrasplantes, que se realizan entre sujetos de la misma especie pero con diferencia genética; heterotrasplantes o xenotrasplantes, que se realizan entre distintas especies, esta es una modalidad aún en etapa de experimentación<sup>6</sup>.

En México, se realizan trasplantes de córnea, células progenitoras hematopoyéticas<sup>7</sup>, hueso, válvulas cardiacas, riñón, hígado, corazón y pulmón<sup>8</sup>. El órgano más demandado es el riñón y el tejido más demandado es la córnea<sup>9</sup>.

### 1.1.2 El trasplante de riñón

El trasplante de riñón (TR) constituye una técnica médica en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). El primer trasplante exitoso fue entre dos gemelos en Boston en 1954. Con el paso de los años, el desarrollo técnico incrementó el porcentaje de

---

<sup>5</sup> Ley General de Salud, Artículo 314, fracción XIV, consultado en:  
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

<sup>6</sup> Rivera López, Eduardo. 2001. *Ética y trasplantes de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica, México, p. 9.

<sup>7</sup> Son células encargadas de la formación de la sangre. En esta modalidad de trasplante provienen de la médula ósea.

<sup>8</sup> Consultado en octubre de 2011 en:  
[http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante\\_tipos\\_hospitales.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_tipos_hospitales.html)

<sup>9</sup> Según datos del CENATRA, consultado en marzo de 2012 en:  
[http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante\\_estadisticas.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html)

supervivencia del paciente y del injerto. El TR con donante fallecido comenzó a tener éxito basado en el tratamiento inmunosupresor, cuyos avances también aumentaron los porcentajes de supervivencia.

Actualmente, el tratamiento inmunosupresor, la compatibilidad entre el donante y el receptor, la preservación del órgano y la quimioprofilaxis<sup>10</sup> constituyen medidas para mejorar las expectativas de evolución clínica. Por otra parte, también se están abriendo las fronteras en pacientes antes no trasplantables como son los casos de hipersensibilización, en casos específicos de incompatibilidad ABO<sup>11</sup> y en la práctica de intercambio pareado de riñones<sup>12</sup>. Pese a los avances técnicos, en países como México aún es un reto el acceso al trasplante para pacientes con falta de recursos económicos y sin seguridad social.

A nivel internacional varias instituciones regulan el marco médico sobre los trasplantes, ejemplos paradigmáticos son: en EUA la *United Network for Organ*<sup>13</sup> (UNOS); en Europa *Eurotransplant*<sup>14</sup>, y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) en España, proponen criterios sobre la asignación de órganos.

---

<sup>10</sup> Entendida como el uso de sustancias químicas para la prevención de enfermedades.

<sup>11</sup> Es una reacción del sistema inmunitario cuando el paciente recibe un tipo de sangre diferente al suyo.

<sup>12</sup> García-García, G., Harden, P. y Chapman, J. 2012 "El papel global del trasplante renal", *Revista de Nefrología*, 32, 1, pp. 1-6.

<sup>13</sup> UNOS es una organización privada sin fines de lucro que administra el sistema nacional de trasplantes de órganos bajo contrato con el Gobierno Federal. Entre los aspectos que está involucrada se resalta: la gestión de la lista de espera nacional de trasplante; el mantenimiento de la base de datos sobre trasplantes de órganos en EUA; eficientar, por medio de políticas, la oferta de órganos y dar la oportunidad justa para recibir un órgano a quien lo necesite, y realizar un seguimiento en que los órganos para la donación y trasplante coincidan con las políticas vigentes. Por su parte, la UNOS opera la Procuración de Órganos y Red de Trasplantes (OPTN), esta última, es una organización privada sin fines de lucro bajo contrato federal. Entre su marco regulatorio se destaca: aumentar y garantizar la eficacia, eficiencia y equidad de la distribución de órganos en el sistema nacional de asignación de órganos y; aumentar la oferta de donación de órganos disponibles para trasplante.

Como parte del contrato con la OPTN, la UNOS estableció un sistema de intercambio de órganos que maximiza el uso eficiente de los órganos de personas fallecidas a través de la asignación equitativa y oportuna y otro sistema para recopilar, almacenar, analizar y publicar datos relativos a la lista de espera de los pacientes y la coincidencia de órganos y trasplantes. De esta manera, la UNOS presenta un marco normativo.

<sup>14</sup> Regula los países de Austria, Bélgica, Croacia, Alemania, Luxemburgo, Países Bajos y Eslovenia. Es relevante que Eurotransplant maneje dos programas sobre trasplantes y el adulto mayor: Eurotransplant

En México, el proceso para ser candidato a trasplante se realiza conforme a la normatividad del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA)<sup>15</sup>. *Grosso modo* este proceso consiste en aprobar el protocolo de evaluación que lleva varios pasos, entre ellos el de diversos exámenes médicos que determinan las condiciones del paciente y la viabilidad para el trasplante. Después el protocolo pasa a valoración del Comité Interno de Trasplante (CIT) y, por último, se dictamina la toma de decisión en el expediente clínico y en la minuta o acta de sesión del comité. De no aprobarse el protocolo de evaluación, se remite con observaciones médicas al médico tratante a fin de prepararlo para una próxima evaluación o tratamiento alternativo<sup>16</sup>.

A continuación, el paciente es registrado en la base de datos electrónica del CENATRA, esta base tiene dos propósitos generales. Por un lado, permite a la institución registrar la cantidad de pacientes que requieren un trasplante, el tipo de enfermedades y frecuencia que conllevan a requerir un trasplante; y por otro saber en qué instituciones de salud y entidades hay mayor demanda. De esta manera, se posibilita una planeación sobre la asignación de recursos y atención a los programas de salud. Por otra parte, el registro en la base de datos o tiempo de espera también sirve para los criterios de asignación de órganos y tejidos. Sin embargo, esto es el último criterio a considerar, pues le anteceden los criterios de orden médico como son: la urgencia, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el órgano o tejido, entre otros de índole médica<sup>17</sup>. Otro aspecto fundamental es que con previa información sobre el

---

Senior DR-compatible program (PESD) y el Eurotransplant Senior Program (PSP). Ambos proyectos se enfocan en la asignación de riñones en el adulto mayor. Recuperado en julio de 2012 en:

<http://www.eurotransplant.org/&prev=/search%3Fq%3Deurotransplant%26hl%3Des%26biw%3D1024%26bih%3D485%26prmd%3Dimvns&sa=X&ei=wRIUIbMLIb42gW50ci9BA&ved=0CFIQ7gEwAA>

<sup>15</sup> En México, el Gobierno Federal por medio de la Secretaría de Salud creó el Centro Nacional de Trasplantes, institución que se encarga de emitir políticas públicas; supervisar la distribución y asignación de los órganos y tejidos que provee la población que está bajo su jurisdicción y difundir y fomentar el conocimiento de la donación y trasplante.

<sup>16</sup> Consultado en marzo de 2012 en:

[http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante\\_proceso\\_trasplante.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_proceso_trasplante.html)

<sup>17</sup> Por motivos de exposición, el criterio de lista de espera lo presentaré en el apartado del marco legal.

procedimiento, el paciente firma una carta de consentimiento informado para autorizar a los médicos realizar el trasplante.

### 1.1.3 Tratamiento médico

Ya sea por diálisis, hemodiálisis o TR, el tratamiento para la insuficiencia renal crónica merece ciertas consideraciones. La detección de la IRC, las enfermedades agregadas, el costo del tratamiento y el acceso al mismo marcan diferencias. Una discusión<sup>18</sup> en torno a la inclusión/exclusión del adulto mayor en el programa de terapia sustitutiva renal (incluido el trasplante), expone una serie de razones a favor y en contra, concluyendo con una postura de inclusión bajo ciertos criterios basados en Schaefer K., Röhrich B. y adaptados por los autores:

- 1) contar con una esperanza de vida razonable (superior a 1-2 años), 2) tener expectativas de una calidad de vida relacionada con la salud aceptable, 3) contar con apoyo familiar y, si ello no es posible que se pueda suplir con apoyo institucional, 4) no excluir indirectamente a otros pacientes que se beneficiarían más que él de dicho tratamiento (lo que actualmente no ocurre en los países desarrollados o en algunos en vías de desarrollo) y 5) que no haya recortes presupuestarios insalvables por causas mayores<sup>19</sup>.

Mientras que la diálisis y hemodiálisis son los tratamientos menos costosos a corto plazo, su implementación sigue siendo limitada sobre todo en países de mediano y bajo ingreso. El TR constituye la mejor opción de supervivencia y menor costo a largo plazo, otro factor no menos importante es la calidad de vida del paciente trasplantado comparada con la del paciente sometido a diálisis<sup>20</sup>. Sin embargo, el acceso al trasplante obliga a considerar otras aristas fundamentales:

---

<sup>18</sup> Ortega, F., Gómez, E., Baltazar, J. y Rebollo, P., 2001, "Controversias en nefrología: diálisis en el anciano", *Nefrología*. 4, pp. 232-236.

<sup>19</sup> *Ibid.* p. 235.

<sup>20</sup> Según Eduardo Rivera, el tratamiento con hemodiálisis o trasplante tiene importantes diferencias: la sobrevida con una compatibilidad intermedia y trasplante de riñón es de 80% a un año y entre 60 y 70% luego de 5 años. Un mayor grado de histocompatibilidad aumenta la sobrevida a 90% el primer año, mientras que no tener compatibilidad la reduce a 75%, si bien, la histocompatibilidad es fundamental en el TR sus porcentajes de sobrevida (a 1996) ya mostraban un importante beneficio con el trasplante. Puede consultarse en Rivera López, Eduardo. 2001. *Ética y trasplantes de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica, México, p. 17.

Según se muestra en la base de datos del Grupo Punta Cana<sup>21</sup>, en México las cifras sobre trasplantes de 1998 a 2011 muestran un incremento de 1.9 a 3.1 por millón de población (pmp); el trasplante cadavérico pasó de 3.6 a 5.1, cabe destacar la importante variabilidad en este último rubro de un año a otro.

Por otra parte, el acceso al trasplante según se tenga o no seguridad social también muestra importantes diferencias: mientras que la tasa de trasplante en pacientes sin seguridad social se registra en 7 pmp, en los que sí la tienen es de 72 pmp<sup>22</sup>. El tratamiento por TR no sólo puede aplicarse como último recurso en el tratamiento de insuficiencia renal crónica, sino que su implementación en pre-diálisis ha demostrado una importante ventaja en varios aspectos: una menor frecuencia de infecciones, una recuperación más rápida, mejor sobrevida del injerto y del paciente y menores costos a largo plazo del tratamiento por diálisis.

Estas diferencias tienen alcances en “las condiciones físicas, psicoemocionales, económicas, culturales y geográficas en que viven los pacientes [y que] contribuyen a las desigualdades por género, económicas o geográficas en materia de donación y trasplantes de órganos”<sup>23</sup>.

Como puede notarse, el acceso al trasplante ya sea en IRC o en pre-diálisis marca una importante diferencia para el éxito del trasplante y mejora del paciente (fuertemente influenciado por las desigualdades sociales).

El marco médico general sobre trasplantes con énfasis en el TR muestra algunos rasgos del proceso del trasplante y ventajas de su implementación como tratamiento terapéutico frente a la diálisis y la hemodiálisis. Sin embargo, aún queda por especificar qué criterios médicos de asignación se implementan en México, como son la urgencia y la compatibilidad, entre otros. Las especificaciones a estas dudas tienen respuesta hasta

---

<sup>21</sup> Revisado el 11 de julio de 2012 en:

[http://www.grupopuntacana.org/ver\\_pais.php](http://www.grupopuntacana.org/ver_pais.php)

<sup>22</sup> García-García, G., Harden, P. y Chapman, J., 2012 “El papel global del trasplante renal”, *Revista de Nefrología*, 32, 1, pp. 1-6.

<sup>23</sup> Limón, C., 2009, “Equidad en los trasplantes de órganos”, *El donante: Revista del Consejo Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos*, 20, 8, p. 20.

cierto alcance en el marco legal sobre trasplantes porque es a través de la Ley General de Salud (LGS) y sus derivados en jerarquía que se presenta una serie de criterios y definiciones del marco médico y legal.

## **1.2 Marco legal mexicano sobre trasplantes**

Las instituciones implicadas en la legalidad de los trasplantes, dan cuenta de los órganos y tejidos donados por la sociedad, justificando su existencia como instituciones reguladoras de los procesos del trasplante, en tanto implican procesos transparentes. Según la compilación y análisis de distintas legislaciones<sup>24</sup>, se propone como recomendaciones el incluir en la normatividad: glosario de términos; donación cadavérica; criterios de selección de donantes y receptores; garantía de calidad-trazabilidad y; consideraciones éticas<sup>25</sup>, dichas recomendaciones sí se encuentran en gran medida en la legislación mexicana como a continuación se irá presentando.

El marco legal sobre trasplantes presenta una extensa propuesta de documentos. Para el interés de mi investigación, analizaré los que presentan las implicaciones más relevantes con énfasis en México. El orden jerárquico normativo en México está constituido por: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM); LGS; Normatividad Internacional: Principios Rectores de la Organización Mundial de la Salud sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos (Principios Rectores), Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplante, Declaratoria de rechazo al turismo de trasplantes de la Red Consejo Iberoamericana de Donación y Trasplantes, Documento de Aguascalientes; Reglamento de la Ley General de Salud en materia de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos<sup>26</sup> (Reglamento de la LGS); Lineamientos

---

<sup>24</sup> Legislación sobre donación y trasplante de órganos, tejidos y células. Compilación y análisis (Borrador, Noviembre de 2011). Revisado en febrero de 2012 en: [http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Reuniones%20RCIDT/XI-Buenos%20Aires-Argentina-Noviembre-2011/COMPARATIVA\\_LEGISLACIONES\\_RCIDT.pdf](http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Reuniones%20RCIDT/XI-Buenos%20Aires-Argentina-Noviembre-2011/COMPARATIVA_LEGISLACIONES_RCIDT.pdf)

<sup>25</sup> Las recomendaciones son resultado de un loable trabajo de sistematización y análisis a la luz de pertinentes variables de estudio, entre ellos principios y derechos.

<sup>26</sup> Muy recientemente (finales de marzo de 2014) este Reglamento tuvo modificaciones, en general no afecta el análisis que ya había realizado al mismo, sin embargo, aparecerán algunas notas a pie de página cuando sea necesario hacer notar las modificaciones.

para asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante (Lineamientos); Disposiciones institucionales<sup>27</sup>: CENATRA, los COETRA y CEETRA y las coordinaciones institucionales de trasplantes.

La CPEUM, en el artículo 4º establece que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”<sup>28</sup>. Con base en lo anterior y las estadísticas que revelan la cantidad de personas que año con año enferman y que pueden ser tratadas mediante algún trasplante de órgano o tejido<sup>29</sup>, se muestra la necesidad y justificación de un marco regulatorio en el tema de los trasplantes.

La LGS, en el artículo 315 especifica cuál es la figura responsable de la selección directa de los receptores para trasplante: “los establecimientos que realicen actos de trasplantes, deberán contar con un Comité Interno de Trasplantes<sup>30</sup> [... que] será responsable de hacer la selección de[...] receptores para trasplante”. Tanto la LGS, el *Reglamento de la LGS*, como los preceptos del CENATRA atribuyen al CIT la responsabilidad de la toma de decisión; desde una perspectiva ética, el CIT tiene atribución de implementar una justicia distributiva.

Según la LGS en el artículo 336, si los criterios médicos no priorizan a algún receptor específico, los criterios de asignación desde la justicia distributiva se rigen por el registro en la base de datos: “Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, ésta se sujetará estrictamente a las bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacional que se integrarán con los datos de los

---

<sup>27</sup> Marco Normativo (2009, 20 de octubre). Referencia electrónica [en línea]. México. Recuperado en enero de 2011, en:

[http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/marco\\_normativo\\_presentacion.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/marco_normativo_presentacion.html)

<sup>28</sup> De los derechos humanos y sus garantías (1917, 5 de febrero). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En Gaceta Oficial [en línea]:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>

<sup>29</sup> Las estadísticas se mostrarán en el apartado del perfil sociodemográfico.

<sup>30</sup> El CIT es definido en los Lineamientos como un “cuerpo colegiado multidisciplinario que se integra en cada establecimiento” conforme las funciones que se irán desglosando.

pacientes registrados en el Centro Nacional de Trasplantes.” Esta especificación es fundamental como criterio de priorización para asignar los trasplantes: la base de datos o lista de espera se sitúa sólo después de la urgencia médica.

En el *Reglamento a la LGS*, artículo 8, se señala que en caso de que entraran en conflicto los intereses de los individuos y los de la sociedad se establece que primen los últimos según los términos legales.

Las atribuciones del CIT son desglosadas en el *Reglamento de la LGS*, artículo 34, entre los que se destaca: “la selección de donantes originarios y receptores para trasplante; [...el] brindar la información necesaria a los receptores, donantes y familiares en relación a estos procedimientos terapéuticos [...y] verificar que los trasplantes se realicen con la máxima seguridad y de acuerdo a principios de ética médica”. La máxima seguridad parece estar orientado a que los trasplantes se realicen en establecimientos y personal acreditados.

La realización de los trasplantes de acuerdo con principios de ética médica es un punto fundamental a considerar. Ante la falta de explicitación de dichos principios en el *Reglamento de la LGS*, se hará uso de los Principios Rectores que serán revisados en el apartado *1.3 Consideraciones bioéticas sobre trasplantes*.

Los comités a que se refiere este artículo, se integrarán con personal médico especializado en materia de trasplantes y en forma interdisciplinaria, bajo la responsabilidad de la institución, y su integración deberá ser aprobada por la Secretaría. De tal manera que un CIT tiene responsabilidad legal, ética, médica e institucional.

Sobre el receptor, dos artículos son especialmente relevantes en el *Reglamento de la LGS*:

La selección del donante y del receptor, según el artículo 17 “se hará siempre por prescripción y bajo control médicos, en los términos que fije la Secretaría. En el caso de trasplantes no será admisible la selección hecha por un solo médico”. Este es un precepto médico y precepto ético implícito porque la selección hecha por un sólo médico se puede prestar a intereses personales.

Los requisitos que debe cumplir el potencial receptor se señalan en el artículo 25<sup>31</sup>:

- I.- Tener un padecimiento que pueda tratarse de manera eficaz por medio del trasplante;
- II.- No presentar otras enfermedades que predeciblemente interfieran en el éxito del trasplante;
- III.- Tener un estado de salud físico y mental capaz de tolerar el trasplante y su evolución;
- IV.- Haber expresado su voluntad por escrito, una vez enterado del objeto de la intervención, de sus riesgos y de las probabilidades de éxito, y
- V.- Ser compatible con el donante originario del que se vaya a tomar el órgano o tejido.

Se da cuenta de los requisitos para considerar a un receptor principalmente en la primera etapa (a excepción de la compatibilidad) para que pueda ingresar a la lista de espera. Los preceptos son médicos a excepción de la expresión de la voluntad por medio del consentimiento informado (CI). El CI es reforzado por el *Reglamento de la LGS*, artículo 26, fracción IX: “el señalamiento preciso de que [el paciente] por su propia voluntad consiente en la realización del trasplante, y que fue [...informado] suficientemente del objeto y clase de la intervención y de las probabilidades de éxito terapéutico”.

Por otra parte, es importante considerar que el CI tiene una fuerte implicación ética en tanto que expresa la informada y libre autonomía del receptor; también puede interpretarse como un regulador jurídico sobre la restricción de la comercialización de órganos y tejidos, y junto con lo anterior se puede considerar un regulador de la normatividad establecida en la práctica de los trasplantes<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Hubo un cambio sustancial en la consideración de la edad en el Reglamento de la LGS, artículo 25, fracción V: al inicio de la tesis (2012) aún se explicitaba en este artículo que “los médicos responsables del trasplante, procurarán que el receptor no tenga la edad de sesenta años al momento del trasplante”, sin embargo, en la revisión del 30 de marzo del 2013 ya había sido eliminada esta estipulación.

<sup>32</sup> Lo deseable es que ambas interpretaciones sean confirmadas en el proceso del Consentimiento Informado y que en tanto proceso no deje de incentivarse: 1) la autonomía como responsabilidad del paciente y, 2) la regulación de trasplante. La comercialización de órganos es uno de los puntos más delicados y problemáticos que afecta al ideal de una buena práctica de los trasplantes, sin embargo no es lo único, un CI sin que haya lucro de por medio no escapa a que la toma de decisión haya sido efectivamente entendida y voluntaria (tanto para el receptor como los familiares o incluso el donante según sea el caso). Hay

Los *Lineamientos*, en sus consideraciones preliminares, exponen el valor social de los órganos y tejidos con fines de trasplante, por lo que los órganos son un bien social administrado temporalmente por el Sistema Nacional de Trasplantes (SNT) del CENATRA.

Frente a la escasez de órganos, se aboga por una optimización del bien social, lo que requiere de una responsable y adecuada asignación del receptor al margen del marco legal (justicia distributiva): “la demanda de órganos y tejidos es mucho mayor de los que hay disponibles, por lo que es responsabilidad de los profesionales de la salud involucrados en cada etapa del proceso que los órganos se asignen al receptor adecuado en las mejores condiciones posibles, atendiendo siempre las disposiciones legales aplicables”<sup>33</sup>. Luego, el objetivo de los *Lineamientos* es establecer los criterios generales de asignación de órganos y tejidos cadavéricos.

Se describen los criterios de asignación por casos de urgencia (estrictamente médicos), sin embargo, en el caso de paridad de criterios se establecen prioridades. En el caso de corazón, por los grados de insuficiencia cardiaca; en hígado, por orden de inclusión en el Registro Nacional; en riñón por la imposibilidad de someterlo a tratamiento sustitutivo; en córnea cuando presenta la condición de perder el globo ocular.

Como se puede notar, algunos de los criterios de asignación por urgencia, en paridad de circunstancias, dan cabida a criterios temporales (quien primero llega primero es atendido). Todos los criterios se justifican por los beneficios esperados de los pacientes y la optimización del bien social (órganos y tejidos para trasplante):

Solamente cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, se utilizará el Registro Nacional, tomando en cuenta la oportunidad del trasplante y el tiempo de inclusión en la misma, como lo establece el artículo 336 de la Ley. En caso de haber varios pacientes inscritos en el Registro Nacional, y que de acuerdo con la oportunidad del trasplante, sean aptos para recibirlo, el órgano o tejido se asignará al que tenga mayor antigüedad en dicho Registro.

---

respuestas en las entrevistas realizadas que confirman lo anterior donde los receptores o familiares muestran dudas, desinterés o abandono del protocolo para trasplante.

<sup>33</sup> Lineamientos para la asignación de órganos, en:

[http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/LINEAMIENTOS\\_ASIGNACION\\_DE\\_ORGANOS.pdf](http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/LINEAMIENTOS_ASIGNACION_DE_ORGANOS.pdf)

En cuanto a la distribución, según lo estipula el título octavo de los *Lineamientos*, en caso de no urgencia primero es institucional y después geográfico: si en el establecimiento de la procuración no hay pacientes que puedan recibir el órgano o tejido se ofrece a su institución de pertenencia, si no hubiera receptor, la distribución pasa a ser geográfica, primero por Estados, después por región y por último a nivel nacional.

Las disposiciones legales tienen como principal objetivo garantizar los derechos de los pacientes que requieren de un trasplante. También se extienden a garantizar que la sociedad reciba información “técnica precisa” sobre los procesos de los trasplantes y hacia los profesionales de la salud que intervienen en los procesos del trasplante.

A continuación se presenta un glosario con las definiciones más relevantes para dar claridad al marco médico y al marco legal presentado:

Según el *Reglamento de la LGS*, artículo 6°, fracción XX, un receptor es “la persona a quien se trasplantará o se le haya trasplantado un órgano o tejido o transfundido sangre o sus componentes mediante procedimientos terapéuticos”.

Los *Lineamientos*, en el acuerdo segundo, presentan siete definiciones:

- 1) Asignación: “El proceso mediante el cual, en base a criterios médicos y legales se selecciona a las instituciones y a los pacientes receptores de órganos y tejidos”.
- 2) Beneficios esperados: “Aquellos que recibirán los pacientes a través de un trasplante para salvar su vida, recuperar la función perdida del órgano o tejido y en consecuencia mejorar su calidad de vida”.
- 3) Compatibilidad: “Aquella que se comprueba después de llevar a cabo los estudios correspondientes a grupo sanguíneo, inmunogenética, antropometría y demás necesarios; que evite el riesgo de rechazo del órgano o tejido trasplantado”.
- 4) Criterios médicos: “Los elementos de juicio de los médicos tratantes de los pacientes candidatos a recibir un órgano o tejido, en coordinación y de acuerdo con las resoluciones

del Comité Interno de Trasplantes que se asentarán y firmarán en las actas de cada reunión”.

5) Oportunidad de trasplante:

Es el conjunto de condiciones de tiempo, lugar y circunstancias que permitan concretar un trasplante. Estas condiciones deben considerar los criterios médicos, la compatibilidad con el receptor, los beneficios esperados, el tiempo de isquemia fría de un órgano, los medios de transporte disponibles; los profesionales de la salud capacitados para la procuración, transportación, recepción de los órganos y tejidos; los médicos disponibles para realizar el trasplante; los trámites administrativos; y alguna otra circunstancia que interfiera en este proceso.

6) Programa de trasplante: “El conjunto de servicios que proporciona un establecimiento de salud en forma integral a los pacientes que requieren de un trasplante de un órgano o tejido, coordinado por el Comité Interno de Trasplantes”.

7) Urgencia:

El riesgo inminente de muerte de un paciente, conocido como "Código 0", que por su condición de gravedad, su única alternativa de vida es el trasplante de órganos. [En el caso específico de riñón, la gravedad se identifica cuando el] paciente que derivado del deterioro de su salud no sea posible someterlo a un tratamiento sustitutivo de la función renal y su condición ponga en peligro su vida.

### 1.2.1 Comités Internos de Trasplantes

Según el CENATRA, “los comités internos constituyen la autoridad que decide sobre la distribución y asignación de órganos y tejidos. Constituyen la base del Sistema Nacional de Trasplantes”<sup>34</sup>. Se distingue entre Comités Internos de Donación y Comités Internos de Trasplantes; los primeros se conforman en hospitales que sólo procuran órganos, los segundos donde realizan trasplantes. Un hospital puede contener ambos comités.

---

<sup>34</sup> Recuperado el 25 de marzo de 2012 en:  
[http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/sistema\\_nacional\\_comites\\_internos.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/sistema_nacional_comites_internos.html)

Este grupo colegiado<sup>35</sup> se conforma por un grupo de representantes de su establecimiento de salud: el director general o su equivalente; un psiquiatra o psicólogo (si es que cuenta con alguno de ellos); un representante de cada programa de trasplante (según el tipo de trasplante); un representante del Comité Hospitalario de Bioética, otro del Comité Hospitalario de Investigación y, otro del área jurídica (si es que cuenta con este último); un responsable sanitario y; demás integrantes que se consideren oportunos, capacitados e informados para completar el comité.

Entre sus funciones se destaca: sesionar regularmente; documentar con claridad y transparencia los procesos de selección y toma de decisión a través de actas o minutas; dar cuenta, a través del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes, de: qué profesionales de la salud participan, del registro de pacientes con protocolo finalizado y aceptado, de las donaciones y trasplantes realizados<sup>36</sup>.

Las actas o minutas contienen las actividades realizadas entre cada sesión; se revisan los casos retrospectivos y, sólo si el caso lo amerita, se sesiona para tomas de decisión previa al trasplante. Se hace énfasis en el requerimiento de claridad y transparencia en las actas y su posible uso para rendir cuentas ante auditorías e investigaciones institucionales o federales.

El CIT constituye la parte más concreta en las tomas de decisión para asignación, sus funciones son fundamentales y por tanto, la vigilancia de sus actos y resultados son vigiladas y supervisadas por: la coordinación y el órgano internos de la institución a la que

---

<sup>35</sup> La reciente modificación en el Reglamento sobre quiénes conforman los comités (artículo 32) tuvo un incremento considerable de participantes. Sería interesante saber cómo se están adoptando los comités a esta estructura.

<sup>36</sup> El margen de tiempo para rendir cuentas al Registro Nacional de Trasplantes sobre las actividades realizadas (artículo 33) se redujeron y especificaron en la reciente modificación.

pertenece el hospital, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios<sup>37</sup> (COFEPRIS), y el CENATRA<sup>38</sup>.

No es posible un derecho éticamente neutro, las instituciones y documentos implicados en la legalidad de los trasplantes dan cuenta de cómo se manejan y qué preceptos justifican la convivencia social y el proyecto vital de cada ciudadano. El glosario de términos basado en el *Reglamento de la LGS* y los *Lineamientos* pueden dar cuenta del peso de los CIT en la justicia distributiva y la proyección del éxito del trasplante.

Recapitulando el marco legal vigente en México, la CPEUM, avala el derecho humano a la protección de la salud; en la LGS, se jerarquiza la priorización para la asignación primeramente por la urgencia o razón médica que justifique la preferencia por cierto receptor, después por la base de datos o lista de espera; en el *Reglamento a la LGS*, en caso de conflicto de intereses, se priman los intereses sociales sobre los individuales, además de fundamentar la responsabilidad legal, médica, ética e institucional de los CIT, mientras que en el artículo 25, la pertinencia del trasplante se justifica por la proyección de su éxito y el otorgar el CI voluntario e informado de los riesgos y beneficios.

Los *Lineamientos* afirman el valor social de los órganos cadavéricos para trasplante, constituyéndose como un bien social temporalmente administrado por el SNT. Dicho bien escaso requiere de una adecuada y responsable justicia distributiva de recursos por prioridades: la urgencia médica se constituye como el primer criterio, en caso de no haberla, le sigue la lista de espera pero siempre tomando en cuenta los beneficios esperados de los pacientes y la optimización de recursos.

---

<sup>37</sup> Esta Comisión funge como uno de los principales instrumentos para garantizar el derecho a la Salud en México. Más información en: <http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/QueEsCofepris.aspx>

<sup>38</sup> Se implementó en el artículo 34 la obligación de contar con un “sistema de gestión de calidad de los Programas de Trasplantes”, con la finalidad de emitir recomendaciones cuando se considere oportuno.

Finalmente, el marco legal recae en los CIT como grupo colegiado que toma decisiones. Entre sus criterios de decisión se destaca la justicia distributiva de un bien social (órganos y tejidos para trasplante).

### **1.3 Consideraciones bioéticas sobre trasplantes**

En el siguiente apartado expondré dos documentos básicos de consideración bioética en la donación-trasplante de órganos en México. El primero es internacional y el segundo regional.

#### **1.3.1 Principios Rectores**

Los “Principios Rectores de la Organización Mundial de la Salud sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos” son resultado de esfuerzos bioéticos de establecer a modo general pautas ético-legales en el tema de los trasplantes de órganos. Estos principios se aprobaron en 1991 y han sido considerados en la legislación de más de 50 Estados Miembros, entre ellos México. Se reconoce que a partir de su aprobación, han influido en el aumento de trasplantes; sin embargo, la demanda (que también se ha incrementado), evidencia la importante escasez de órganos y tejidos.

La revisión en 2008 de los *Principios Rectores* pretende “obtener el máximo beneficio de los trasplantes, atendiendo las necesidades de los receptores, protegiendo a los donantes y garantizando la dignidad de todos los implicados”<sup>39</sup>.

Dentro de las sugerencias se aboga por una monitorización de los resultados de la donación y el trasplante para avalar la calidad de los servicios de la práctica de los trasplantes e identificar problemas en su realización; se reconoce que una mayor cantidad de donaciones está directamente relacionada con la aceptación pública de su práctica y que debe darse prioridad a las medidas que reduzcan o prevengan la necesidad del trasplante.

---

<sup>39</sup> Principios Rectores sobre Trasplantes de Órganos Humanos, OMS, Consejo Ejecutivo, 123ª reunión, Punto 5 del orden del día provisional, 18 de abril del 2008, p. 1 en: <http://www.who.int/transplantation/TxGP%2008-sp.pdf>

La finalidad de los *Principios Rectores* es “proporcionar un marco ordenado, ético y aceptable para la adquisición y trasplante de células, tejidos y órganos humanos con fines terapéuticos. Cada jurisdicción determinará los medios para poner en práctica los Principios Rectores...”<sup>40</sup>. Su finalidad tiene una orientación al fomento del trasplante: aumentar la cantidad y mejorar la calidad de trasplantes realizados y apostando por una prevención del trasplante más que por su atención.

En su expresión legal y ética, se han preocupado por garantizar la dignidad de los distintos actores implicados en el trasplante, donde no sólo el receptor es punto de atención, sino también el donante, las familias del donante y receptor o los prestadores de salud, además de procurar una mayor aceptación social de su práctica.

A continuación, se expondrán los principios que están íntimamente implicados con el tema de este trabajo<sup>41</sup>:

Principio 9: La asignación de órganos, células y tejidos deberá regirse por criterios clínicos y normas éticas, y no atendiendo a consideraciones económicas o de otra índole. Las reglas de asignación, definidas por comités debidamente constituidos, deberán ser equitativas, justificadas externamente y transparentes.

Según este principio, en la asignación de órganos, sólo deben considerarse los criterios clínicos y éticos emanados de los CIT fundamentados en reglas de transparencia y equidad. Se rechaza implícitamente la discriminación, en la cual, la edad tiene cabida.

Comentario sobre el Principio Rector 9:

Si las tasas de donación no cubren la demanda clínica, un comité formado por expertos en las especialidades médicas pertinentes, en bioética y salud pública deberá definir los criterios de asignación a nivel nacional y subregional. Ese carácter multidisciplinario es muy importante para garantizar que en la asignación se tengan en cuenta no sólo los factores médicos, sino también los valores comunitarios y las normas éticas de carácter general. Los criterios para distribuir las células, tejidos y órganos deberán ser conforme con los derechos humanos y, en particular, no deberán basarse en el sexo, raza religión o condición económica del receptor.

---

<sup>40</sup> Principios Rectores sobre Trasplantes de Órganos Humanos, OMS, Consejo Ejecutivo, 123ª reunión, Punto 5 del orden del día provisional, 18 de abril del 2008, p. 2

<sup>41</sup> Cabe destacar que los principio 10 y 11 son resultado de un proceso de consultas de revisión y confirmación de los primeros 9 principios.

Ante la insuficiente satisfacción de la demanda de órganos y tejidos, se deberá conformar un comité de expertos de especialidades médicas, en bioética y salud pública para definir los criterios de asignación (justicia distributiva) considerando factores médicos, sociales y éticos. En México, el peso de la decisión recae en el CIT, mientras que los criterios clínicos encuentran una guía oficial en los *Lineamientos* para la asignación (como ya se mostró en el apartado 1.2). Los criterios éticos aún se presentan difusos, a pesar de que los Principios Rectores son su referente de mayor peso. Se invocan los derechos humanos como parte de los criterios de asignación<sup>42</sup> de los órganos promoviendo la no discriminación (en esta parte no se considera explícitamente la edad) y fundamentalmente el derecho intrínseco de todo ser humano al acceso a la salud.

Principio 10: “Es imprescindible aplicar procedimientos de alta calidad, seguros y eficaces... a los receptores. Los resultados a largo plazo de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos deberán evaluarse... en el receptor, con el fin de documentar los efectos beneficiosos y nocivos”.

Este principio tiene una especial relevancia en el receptor, ya que demanda no sólo un buen procedimiento en el trasplante, sino que solicita su seguimiento a largo plazo cuyos resultados puedan dar cuenta de los beneficios y perjuicios. El receptor considerado como caso concreto podría dar cuenta de un seguimiento integral de caso, aunque también se podría dar cuenta de los receptores como población de estudio, de tal manera que puedan servir de identificación de problemáticas y posibles resoluciones médicas, éticas y legales en los procedimientos de los trasplantes.

Comentario al principio rector 10:

Bajo la supervisión de las autoridades sanitarias nacionales, los programas de trasplante deberán realizar un seguimiento tanto de los donantes como de los receptores para garantizar que ambos reciban los cuidados apropiados e información acerca del equipo de trasplante encargado de esos cuidados. La evaluación de la información sobre los riesgos y los beneficios a largo plazo es esencial para el proceso de obtención del consentimiento y para equilibrar adecuadamente los intereses de los donantes y los receptores. Los beneficios para

---

<sup>42</sup> En un principio me pareció haber una diferenciación conceptual entre las “reglas de asignación” enunciado en el Principio Rector 9 y los “criterios para distribución” enunciado en el Comentario sobre el principio Rector 11. Sin embargo, al remitirse al documento original parece manejarse como sinónimo.

ambos tienen que compensar con creces los riesgos derivados de la donación y el trasplante. No deberán permitirse las donaciones en situaciones clínicas en las que no haya ninguna esperanza.

Evaluar la información de los riesgos y beneficios a largo plazo y la necesidad del consentimiento informado, en parte, es producto, tanto de una información sopesada entre riesgos y beneficios clínicos y de los intereses de los involucrados (entre ellos los del receptor), en los que deben primar siempre los beneficios.

Principio 11: La organización y ejecución de las actividades de donación y trasplante, así como sus resultados clínicos, deben de ser transparentes y abiertos a inspección, pero garantizando siempre la protección del anonimato personal y la privacidad de los donantes y receptores.

Este principio revela la necesidad de transparencia en la información en la asignación y resultados en los receptores, así como dar cuenta de la organización, presupuestos y financiación en los distintos procesos del trasplante.

### 1.3.2 Documento de Aguascalientes

Ante la necesidad de un mayor acceso, transparencia y calidad en la práctica de los trasplantes, se realiza en septiembre de 2010 el Primer Foro Latinoamericano de Bioética en Trasplante, basado en un compromiso por “la Dignidad, el respeto a la Vida y el irrenunciable deber de ayudar al que sufre”<sup>43</sup>. Este foro tuvo como punto de encuentro el análisis de las problemáticas actuales, buscando posicionamientos o resoluciones frente a cuestionamientos en el ámbito de la legislación, aspectos bioéticos, principios éticos, cobertura del trasplante y seguimiento del donante vivo.

De cuatro aspectos bioéticos, conviene resaltar dos:

[1] Los trasplantes de órganos han venido a formar parte, cada vez en mayor grado, del armamentario terapéutico para una gran cantidad de enfermedades otrora consideradas terminales. Ello genera la necesidad de asegurar que los enfermos tengan acceso oportuno y equitativo a la atención médica y también, acceso a tratamientos médicos que suponen costos sumamente elevados.

[2] Los órganos para trasplante, obtenidos de personas fallecidas han sido, hasta ahora, un recurso por demás escaso. En virtud del número creciente de pacientes

---

<sup>43</sup> Documento de Aguascalientes [en línea]:  
[http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento\\_de\\_Aguascalientes.pdf](http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento_de_Aguascalientes.pdf)

que requieren de un trasplante, es menester indispensable el asegurar que [...] existan condiciones de equidad en el acceso a este recurso.

Teniendo en cuenta que la región de Latinoamérica y el Caribe manifiesta un diverso panorama cultural, educativo y en salud; en general, también ha tenido un crecimiento en la cantidad de trasplantes<sup>44</sup>.

Con base en los clásicos principios bioéticos de autonomía, de beneficencia, de no-maleficencia y justicia<sup>45</sup>; se postulan 4 principios bioéticos fundamentales:

1. Dignidad y beneficencia
2. Integridad y no maleficencia
3. Precaución y/o vulnerabilidad
4. Responsabilidad-Justicia distributiva y local

Estos principios bioéticos son especialmente relevantes en la generación de un consenso en la región con definiciones concretas sobre conceptos éticos:

Dignidad humana: “manifestamos que la persona vale por sí misma y no tiene precio, es decir, no es un objeto de lucro”.

Principio de Beneficencia: “en este contexto entendido como actuar en el mejor beneficio del donante y del receptor”.

---

<sup>44</sup> Se refiere que “Los resultados del Registro Latinoamericano de Trasplante, órgano de la Sociedad de Trasplantes de América Latina y el Caribe (STALYC) 33 demuestran que la actividad de donación con donante fallecido aumentó en 6 años 3.8 pmp, con una perspectiva de alcanzar en 10 años un promedio de 20 pmp a un ritmo de crecimiento de 1-1,5 pmp anual. Igual tendencia se observa en el trasplante de los diferentes órganos durante el mismo período de análisis (diez años). El crecimiento anual del trasplante renal fue del 7% siendo el índice de 15,7 pmp...” en:

[http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento\\_de\\_Aguascalientes.pdf](http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento_de_Aguascalientes.pdf)

<sup>45</sup> Un documento que le antecede y que también avala estos principios son las “Consideraciones bioéticas sobre la Donación y el Trasplante de órganos, Tejidos y Células” Recomendación de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. RECOMENDACIÓN REC-RCIDT-2008 (8) Aprobada en la 6° Reunión del Consejo, La Habana 26-28 de mayo de 2008. Cabe destacarse que también se consideran los principios de altruismo, solidaridad, equidad y reciprocidad.

Integridad y no maleficencia: “asumimos el derecho del sujeto a conservar su unidad funcional”.

Precaución y/o Vulnerabilidad: “expresamos la amenaza por la fragilidad de una totalidad en riesgo biológico, psicológico y cultural”.

Autonomía: “ser autónomo implica asumir su derecho de tener opiniones propias, elegir y realizar acciones basadas en sus valores como creencias personales. Debemos respetar los puntos de vista y derechos de las personas siempre que sus ideas y acciones no supongan un perjuicio para otros ni para ellos mismos”.

Principio de Responsabilidad: “se define como la obligación de todos aquellos que acceden a la ciencia y la tecnología a tener conciencia de sus propias acciones, la cuales deben ir acorde con el respeto a la vida humana y a la preservación de la misma”.

Justicia Distributiva y Local<sup>46</sup>: “el término de justicia distributiva se refiere a la fragmentación adecuada de los bienes y o las cargas de una sociedad, para compensar las desigualdades en las que se vive. Así, los recursos, los impuestos y las oportunidades se reparten de forma equitativa”.

¿Qué tiene que ver el Estado mexicano con los trasplantes de órganos y tejidos? De acuerdo con el *Documento de Aguascalientes* y la normatividad mexicana, tiene la responsabilidad de procurar el bienestar social y promover el bien común, como es el acceso universal al trasplante.

De manera más concreta, la población debe tener acceso a información sobre los programas de trasplante, entre los que se resalta los criterios de asignación. Esto garantiza la transparencia y la obligación de rendir cuentas que tiene el programa.

---

<sup>46</sup> En el documento “Recomendaciones REC”, se expone en el punto 8, dos conceptos de justicia: la justicia utilitarista y la justicia de principios (igualdad al acceso de los recursos o como el nivel de salud mínimo en el acceso de los recursos). Dichas recomendaciones forman parte de los antecedentes del Documento de Aguascalientes por lo que se infiere una relación sobre los criterios de justicia distributiva entre ambos documentos. La transparencia de la información es una obligación en ambos tipos de justicia.

Un programa con cobertura del trasplante debe implementar una serie de estrategias sanitarias (orientadas al paciente) cubriendo los puntos de acceso, calidad, transparencia, equidad y eficiencia cuyas expectativas permitirían el ingreso a la lista de espera sin retrasos administrativos y la posibilidad de que el paciente una vez trasplantado se reintegre a la sociedad.

El acceso al trasplante genera una reacción en cadena: el profesional de la salud tiene que mantener un compromiso con el paciente y la sociedad que, por medio de un acto solidario, permite haya órganos y tejidos que beneficia a algunos mientras que otros continúan en la espera. Por tanto, entre las recomendaciones se destaca, la necesidad de:

Sistemas de asignación con criterios definidos que promuevan el orden, la certeza, la transparencia, la credibilidad y la trazabilidad en el sistema; [medidas de protección en las instituciones de salud hacia los grupos vulnerables y;] compaginar los principios de la Justicia Distributiva de igualdad, utilidad y comunidad<sup>47</sup>.

Los trasplantes de órganos como práctica médica terapéutica han motivado un amplio panorama en la literatura y prácticas que no escapan al análisis bioético. Si bien, ambas partes surgen cronológicamente muy similares, también han servido una a la otra para su propio desarrollo.

Los dos documentos base revisados en este apartado pueden dar cuenta del gran interés y preocupación bioética en los trasplantes:

Los *Principios Rectores* priorizan la prevención del trasplante, promueven la aceptación pública de su práctica y en la práctica terapéutica, busca el máximo beneficio de los trasplantes, la atención a las necesidades de los receptores y la protección de los donantes, garantizando en todo momento la dignidad de todos los implicados.

---

<sup>47</sup> Documento de Aguascalientes [en línea]:  
[http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento\\_de\\_Aguascalientes.pdf](http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento_de_Aguascalientes.pdf)

Los criterios para la asignación según los *Principios Rectores* deben ser médicos, sociales y éticos (conforme derechos humanos y no discriminatorios). La calidad, seguridad y eficacia de los trasplantes se centra en tres puntos: el seguimiento y cuidado del receptor, el CI que considera los riesgos y beneficios a largo plazo (siempre primando los beneficios) y, la transparencia de la actividad del trasplante (rendición de cuentas).

El *Documento de Aguascalientes* postula cuatro principios bioéticos resultado de un consenso en la región que guíe los fundamentos y toma de decisión local. Entre las definiciones, que de manera breve y simple explican los principios, cabe resaltar: la dignidad humana, que es el valor en sí mismo de cada persona; el principio de beneficencia, actuar por el mejor beneficio del receptor; precaución y/o vulnerabilidad, “la amenaza por la fragilidad de una totalidad en riesgo biológico, psicológico y cultural”, y justicia distributiva y local, la fragmentación de bienes que compensen las desigualdades (equidad).

Estos dos documentos, son muy importantes en las consideraciones bioéticas con peso legal según el orden establecido en el marco legal, por lo que merecería un propio apartado por su extensión y relevancia.

Hasta el momento he presentado un marco general médico, legal y bioético sobre TR como medida terapéutica enfocado a la asignación/exclusión del adulto mayor en México. Durante la revisión de bibliografía identifiqué escasa documentación con ese grado de especificidad, por lo que decidí construir un perfil sociodemográfico exclusivo del adulto mayor para mostrar las condiciones actuales, consideradas en las políticas públicas, de la concepción del adulto mayor, y su situación demográfica en México.

#### **1.4 Perfil sociodemográfico del adulto mayor**

En el presente apartado plantearé un contexto de los puntos fundamentales del ámbito social y demográfico del adulto mayor en la actualidad y en ciertas proyecciones futuras. Un perfil sociodemográfico del adulto mayor lo defino como la consideración que se tiene hacia la conducta o el trato social del adulto mayor (colectividad) en un determinado

momento de su evolución. Esta “consideración” o atención hacia el adulto mayor puede englobar distintos ámbitos.

En el presente trabajo atiendo contextos como las causas de mortalidad, los avances científicos, la vulnerabilidad, la calidad de vida y las instituciones de salud. Podría evocar más tópicos pero el análisis de estos cuatro plantea una consideración suficiente para esbozar el perfil sociodemográfico que busco en este trabajo.

Un adulto mayor también es identificado como: de la tercera edad, viejo(a), persona de edad, avanzado de edad, edad senil, en senectud, anciano. Elegí el sinónimo de “adulto mayor” porque en la bibliografía identifiqué que es un término regularmente usado en México y que es de los más aceptados por su supuesta neutralidad frente a otros sinónimos como “viejo” o “anciano”; sin embargo, el uso de los demás términos no representa una objeción.

Durante la revisión bibliográfica identifiqué una variedad de referencias y definiciones sobre el adulto mayor. En el presente trabajo, un adulto mayor es aquél que alcanzó el mayor crecimiento o desarrollo de la edad adulta.

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que:

Resulta imposible una definición del ‘anciano’ que pudiera explicarse uniformemente o que fuera útil en todos los casos. *Biológicamente*, el proceso de envejecimiento comienza por lo menos en la pubertad y continúa durante toda su vida. *Socialmente*, las características de los miembros de la sociedad que son considerados viejos varían de una cultura a otra y de generación en generación. Económicamente, para determinar la vejez se tiene en cuenta el momento en que la persona se retira de la fuerza laboral, aunque en sociedades que establecen una edad legal para el retiro, muchas personas cesan su actividad económica por razones que nada tiene que ver con el envejecimiento, y muchas de las que dejan de trabajar siguen contribuyendo indirectamente a la economía de la sociedad a la que pertenecen, apoyando a aquellos miembros de la familia que siguen trabajando, mediante el trabajo voluntario y colaborando en la repartición de la riqueza. *Cronológicamente*, hace mucho tiempo que se considera a la edad como un indicador de tiempo de vida que resta por vivir. Las recientes variaciones en las tasas de mortalidad han cambiado el significado de la edad cronológica con respecto de la predicción del porvenir, la redefinición de los objetivos de la atención de la salud ha restado importancia al simple aumento de la expectativa de vida libre de incapacidades. Al tratar estos temas, los expertos pensaron que la

vejez tendría que seguir definiéndose conforme una edad cronológica arbitraria, reconociendo sin embargo, que la relación entre la edad cronológica y los criterios biológicos sociales y económicos varían de un país al otro<sup>48</sup>.

Esta definición sirve de base para mostrar lo amplio del concepto del adulto mayor y la necesidad de un punto de partida objetivo del mismo, luego, tomaré de referencia el aspecto cronológico de 60 años como punto de partida. Una vez expuestos los antecedentes básicos en este capítulo, a continuación desarrollaré, de una manera más profunda, el perfil sociodemográfico del adulto mayor dentro de un contexto internacional, y dentro del contexto de la Ciudad de México.

#### 1.4.1 México

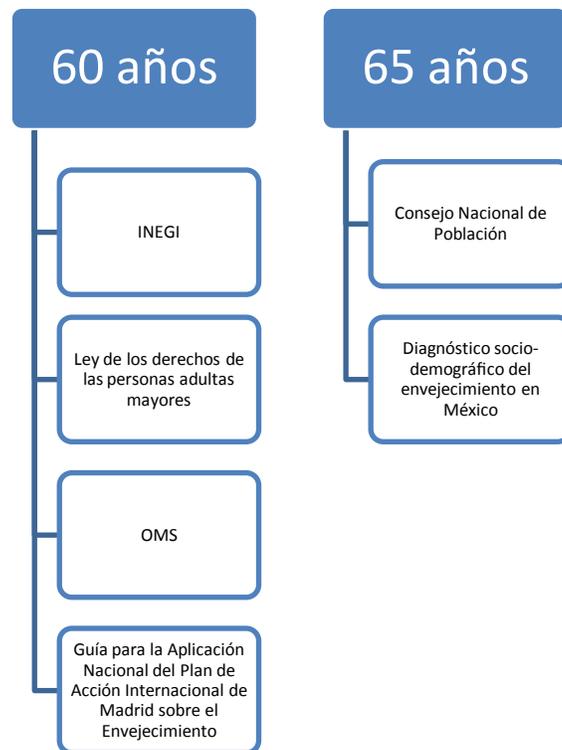
Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México es un país de jóvenes con una edad mediana de 26 años<sup>49</sup>, sin embargo, es necesario analizar las condiciones de vida de la población adulto mayor con el objetivo de prever en el futuro sus demandas y necesidades. Teniendo en cuenta que la edad “es un criterio arbitrario para acotar el envejecimiento, dado que el umbral de la vejez autopercibida o socialmente asignada muestra diferencias”<sup>50</sup>, delimité la edad de 60 años como criterio para considerar al adulto mayor. Sin embargo, durante la exposición del presente trabajo presentaré indistintamente la edad de 60 y 65 años por razones expositivas. A continuación muestro una tabla con el autor o institución que apoya cierta edad.

---

<sup>48</sup> Informe de un Comité de Expertos de la OMS, p. 8. Consultado el 1 de julio de 2013, en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_779\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_spa.pdf)

<sup>49</sup> Cuadro resumen de indicador de demografía y población. Consultado el 15 de agosto de 2013 en: <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

<sup>50</sup> *Adultos mayores: perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. INEGI, 2005. Consultado el 28 de enero de 2013, en: [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos\\_mayores\\_web2.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf)



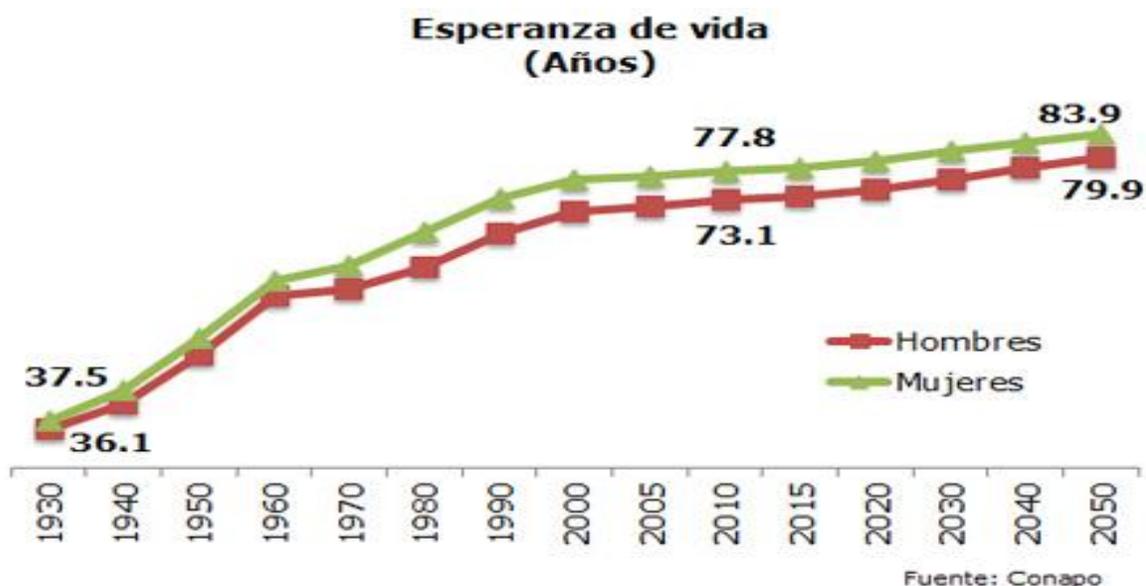
Cuadro 1. Edad cronológica del adulto mayor.

México, durante el siglo XX tuvo importantes cambios demográficos: durante la Revolución mexicana la población disminuyó. De la década de los veinte a los setenta hubo un importante incremento de la población resultado de una mejora de los servicios de salud y de programas sociales que aumentaron la esperanza de vida. Desde los años veinte la esperanza de vida ha ido en crecimiento<sup>51</sup>. A partir de la década de los treinta también hubo un impulso en la urbanización de ciertas zonas promoviendo el acceso a condiciones de salud, educación y servicios públicos. En la década de los setenta se promovieron programas de planificación familiar, lo que implicó familias más pequeñas y una mayor inserción de la mujer al campo laboral. De los setenta al 2000 hubo una importante emigración de personas (económicamente activas y mayormente hombres) a los EUA. Actualmente, México cuenta con un “bono demográfico” en el que la población económicamente activa es mucho mayor a la dependiente. Sin embargo, el proceso del

<sup>51</sup> “Dinámica de la población” en *Mujeres y hombres en México 2011*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. S.p.i. 2012. Consultado el 18 de agosto de 2013, en: <http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/MyH2011.pdf>

cambio demográfico indica un incremento de personas adultas y un descenso de niños<sup>52</sup>, México está iniciando un proceso de envejecimiento.

Al reducirse los niveles de mortalidad también hubo un incremento en la expectativa de vida en toda la población, en especial en niños y adultos mayores. En la siguiente gráfica se muestra las importantes diferencias de esperanza de vida de 1930 al 2010 y su proyección para el 2050.

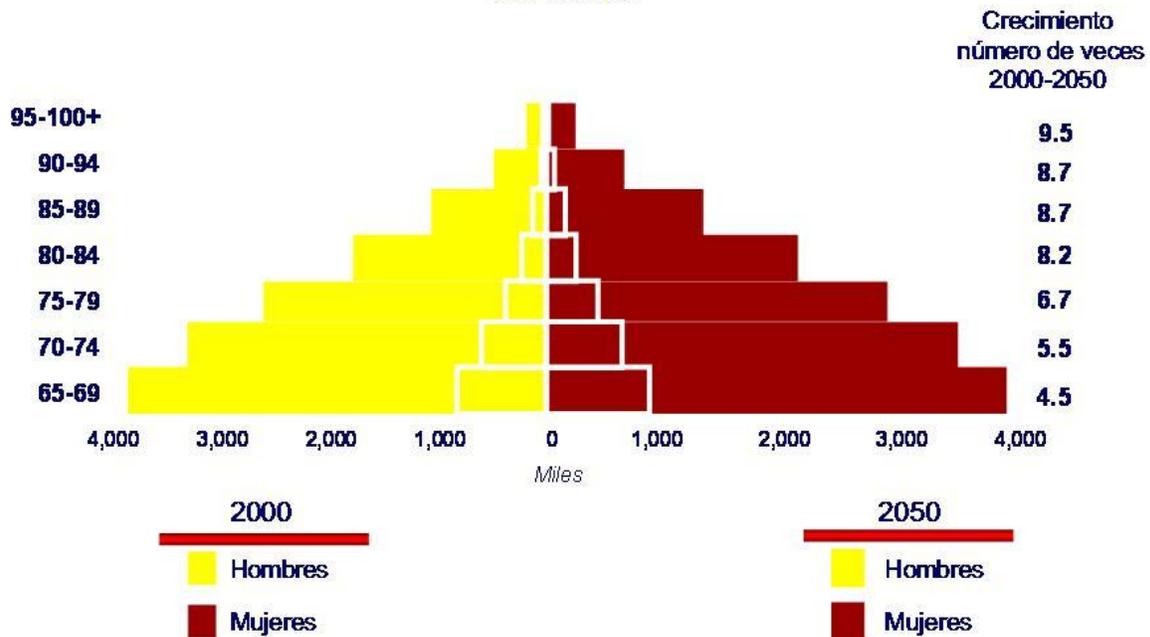


Cuadro 2. Esperanza de vida.

El conocimiento del adulto mayor (volumen, estructura, comportamiento demográfico, edad y sexo) es relevante en las políticas públicas. De manera inmediata facilita la participación de este grupo en la sociedad y a futuro, por medio de la planificación, tiene un papel preventivo. Las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) contempla algunos datos para el conocimiento del adulto mayor, los datos más significativos son sobre el volumen y edad de este grupo.

<sup>52</sup> Las pirámides de población en la página oficial del INEGI facilita la comparación en los cambios de población desde 1895 al 2010. En: <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

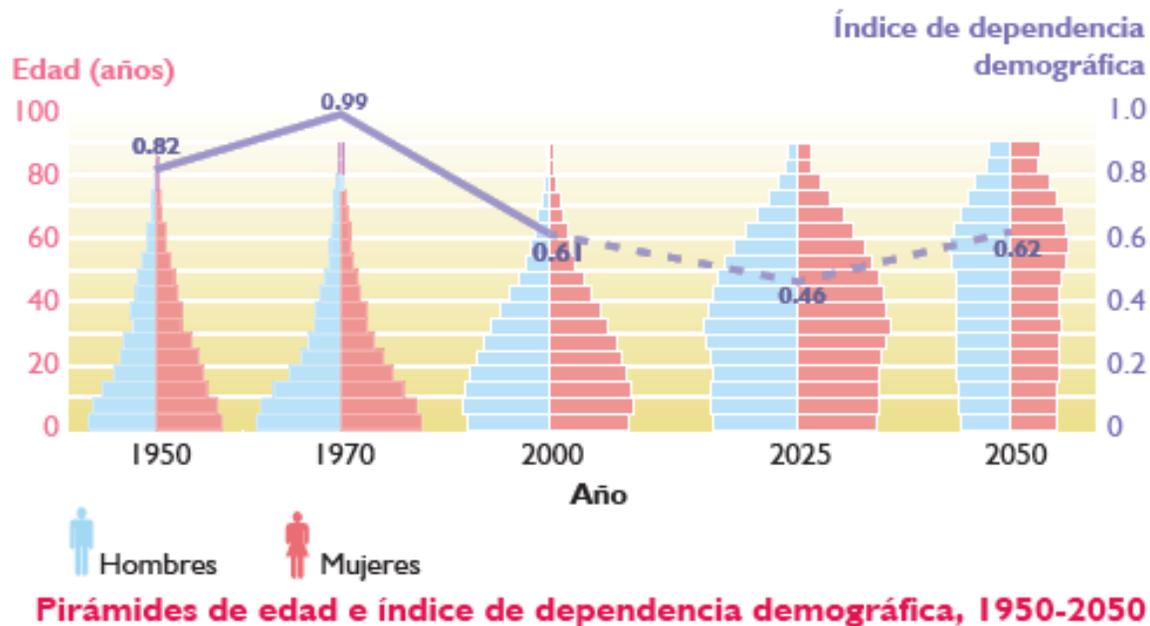
## Pirámide de población de mayores de 65 años



Fuente: Censo XII de población y vivienda y estimaciones CONAPO

Cuadro 3. Pirámide de población de mayores de 65 años.

El crecimiento de la población adulto mayor trae consigo una mayor dependencia demográfica. La población menor de 15 años y a partir de los 60 años son considerados dependientes en el sentido de una estimación de autonomía económica generalizada. La siguiente tabla muestra el seguimiento de la dependencia demográfica a mitad del siglo XX y su proyección a mitad del siglo XXI, las pirámides muestran una importante inversión cuyas consecuencias económicas y sociales ya son tema de discusión actual.



Cuadro 4. Pirámides de edad e índice de dependencia demográfica, 1950-2050<sup>53</sup>.

Cabe destacar la importante alza de dependencia demográfica en la Ciudad de México en el que de 1970 al 2000 se incrementó un 33.7%, esto es, un mayor número de adultos mayores frente a la población económicamente activa (15 a 59 años). Entre los factores que condujeron a esta alza estuvieron “la mayor sobrevivencia de sus habitantes, que fue pionera en el descenso de la fecundidad, y la pérdida relativa de población que cambió de residencia, principalmente, a la conurbación de Estado del México, lo cual trajo consigo una menor presencia relativa de jóvenes”<sup>54</sup>. La contextualización de la dependencia demográfica da cuenta de las condiciones sociales y económicas de la población adulto mayor en México.

Si bien, las cifras anteriores son estimadas, los factores por los que se espera una dependencia económica son: la jubilación laboral y el derecho a una pensión; la expectativa social: a una disminución de actividad general y mayor descanso, a la

<sup>53</sup> Consultado el 18 de agosto de 2013 en:

[http://app1.semarnat.gob.mx/dgeia/informe\\_resumen/01\\_poblacion/cap1.html](http://app1.semarnat.gob.mx/dgeia/informe_resumen/01_poblacion/cap1.html)

<sup>54</sup> *Adultos mayores: perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. INEGI, 2005. Consultado el 28 de enero de 2013, en:

[http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos\\_mayores\\_web2.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf)

propensión de enfermedades y discapacidades, al apoyo institucional y de gobierno (descuentos, preferencias) y al apoyo económico y de cuidado de la familia. Sin embargo, la realidad de muchos adultos mayores muestra que una importante cantidad de ellos trabajan en actividades económicas, especialmente en el trabajo informal<sup>55</sup>. Como productores de bienes y servicios su participación es importante, pues aproximadamente un 50% continúa en actividad. El grupo en mayor desventaja lo tiene el adulto mayor que muestra alguna discapacidad.

Un tema estrechamente relacionado con la dependencia demográfica es el tema de la vulnerabilidad:

La vulnerabilidad se refiere a grupos específicos de población que se encuentran en situación de 'riesgo social', debido a factores propios de su ambiente doméstico o comunitario. Los grupos vulnerables son más propensos a experimentar diversas formas de daño por acción u omisión de terceros o a tener desempeños deficientes en esferas claves para la inserción social. Se considera que los adultos mayores forman parte de estos grupos, dado que muchos de ellos están en situación de dependencia, no cuentan con una definición de roles y muchas veces son excluidos de las decisiones. Todos ellos comparten el atributo básico de la edad, el que se supone genera problemas similares y que los hace destinatario de programas sectoriales o políticas públicas específicas del país<sup>56</sup>.

La descripción de vulnerabilidad en el adulto mayor evidencia varios aspectos: que los programas sectoriales o de políticas públicas en México son resultado de una forma de paliar la desventaja social, económica y de las funciones ambiguas que se generan hacia el adulto mayor; y que la edad cronológica es el punto de partida básico para evidenciarlo.

“La mayor vulnerabilidad en la vejez se relaciona con la salud, cuando se genera dependencia debido a enfermedades crónicas y discapacidades motrices o mentales, requiriendo prevención, atención médica, medicamentos y cuidados personales de modo

---

<sup>55</sup> Ham Chande, Roberto. “Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México”.

Versión electrónica disponible en:

[http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1996/num\\_6/ENVEJECI386.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1996/num_6/ENVEJECI386.pdf)

<sup>56</sup> *Adultos mayores: perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. INEGI, 2005. Consultado el 28 de enero de 2013, en:

[http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos\\_mayores\\_web2.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf)

permanente”<sup>57</sup>. Si bien, la dependencia demográfica tiene fuertes implicaciones sociales y económicas, la dependencia o vulnerabilidad relacionada con la salud adquiere el papel principal. La enfermedad y discapacidad en el adulto mayor requiere de atención médica, económica, de cuidado personal, etc., hasta su restablecimiento o mejora.

Cabe resaltar que el cuidado del adulto mayor ha dado un giro importante en el siglo XX. Antes las familias se constituían por un gran número de integrantes y ahora suelen ser pequeñas, la integración de la mujer al ámbito educativo y laboral también es un factor de cambio sin olvidar que aún desempeña el papel de cuidadora en la familia, el proceso de enfermedad-muerte, incluyendo la incapacidad, en las personas es más prolongado (más tiempo, más costos), y el crecimiento demográfico del adulto mayor está yendo a la alza. El cuidado del adulto mayor y su integración con la familia como el vínculo más inmediato se ha orientado hacia su no inclusión.

La vulnerabilidad en el adulto mayor es un factor existente en México. En el documento *Adultos mayores: perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*<sup>58</sup> se muestran indicadores (cuantitativos) que demuestran la situación de vulnerabilidad. El indicador más desarrollado es el de mortalidad, directamente relacionado con una visión integral de vida y las consecuencias de ésta en su etapa como adulto mayor

Los adultos mayores viven de manera diferente al resto de la población, debido a secuelas de las enfermedades y lesiones que han padecido a lo largo de su vida y son el resultado de los distintos niveles en la exposición a riesgos en función de sus actividades y de los espacios donde las realizaron, así como de las responsabilidades y estilos de vida que varían conforme se incrementa la edad<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup> Ham Chande, Roberto. “Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México”.

Versión electrónica disponible en:

[http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1996/num\\_6/ENVEJECI386.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1996/num_6/ENVEJECI386.pdf)

<sup>58</sup> Con base en lo establecido en *Adultos mayores: perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. INEGI, 2005. Consultado el 28 de enero de 2013, en:

[http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos\\_mayores\\_web2.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf)

<sup>59</sup> *Ibid.* p. 29.

Una aproximación al conocimiento del estado de salud puede analizarse a través de las causas de muerte, observando la información registrada dentro de las estadísticas de la mortalidad. Como mostré en las gráficas anteriores, la esperanza de vida aumentó considerablemente en el siglo XX y se proyecta que seguirá aumentando tanto la edad como la población. Por lo cual, el envejecimiento de la población requiere una mayor atención en la salud del adulto mayor debido a sus condiciones de mayor riesgo o daño ante el medio ambiente y la complicación o desarrollo de enfermedades o padecimientos.

En el estudio de la mortalidad por causas, éstas se clasifican en: a) padecimientos infecciosos, b) patologías crónicas (como es el caso del trasplante de riñón), y c) lesiones y accidentes (que rebasan el ámbito de los servicios de salud).

Un dato que resalta es la relación directa entre la cantidad de la población y las causas de mortalidad, a mayor población mayor acceso a servicios de salud, dando como resultado más defunciones por patologías crónicas y menos por padecimientos infecciosos. Dentro de las principales causas de mortalidad globales en México registradas en 2011, la insuficiencia renal representa la causa número 11, teniendo como total de defunciones 11920. Dentro del grupo de edad de 65 años y más la insuficiencia renal avanza al número 9 con 7115 defunciones<sup>60</sup>.

En las áreas de atención crítica, las enfermedades crónicas “vienen con la poca preparación de los sistemas de salud ante los cambios epidemiológicos, los grandes recursos que requiere y que no están previstos, junto con las formas de financiamiento para atender la creciente población envejecida”<sup>61</sup>. Evidenciar el estado de la cuestión constituye un primer paso para la búsqueda de solución(es) y priorización de un tema que

---

<sup>60</sup> “Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido”. Las variables seleccionadas fueron: el último año disponible (2011), del sexo total y del grupo total de edad, en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

En la segunda se cambia la variante del grupo de edad de 65 años y más, en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

<sup>61</sup> Ham Chande, Roberto. “Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México”.

Versión electrónica disponible en:

[http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1996/num\\_6/ENVEJECI386.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1996/num_6/ENVEJECI386.pdf)

actualmente no representa un problema de salud pública pero que a mediano plazo sí podrá llegar a serlo.

El aplazamiento de la muerte es un tema directamente relacionado con la salud, una enfermedad puede desencadenar en muerte pero su control o erradicación prolonga el tiempo de vida. La calidad de vida también está en juego y es un tema muy evocado en temas bioéticos.

Dentro del ámbito sociodemográfico hay estudios en torno la calidad de vida por medio de las condiciones en las que viven los adultos mayores como es su lugar de residencia o la seguridad social con la que cuentan (o no).

El principal responsable del aplazamiento de la muerte proviene de los avances científicos en tema de sanidad. Previniendo o tratando enfermedades infecciosas se ha logrado disminuir de manera importante la muerte infantil y modificar las causas de muerte en el adulto mayor. Dichas causas pueden no ser tan precisas al momento del registro debido a la pluralidad de afecciones en una persona, sin embargo, los datos globales dan un panorama de las condiciones en las que viven y mueren los adultos mayores.

Finalmente, la afiliación a instituciones de salud desempeña un papel elemental en el panorama sociodemográfico del adulto mayor. Según la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social<sup>62</sup> 2009, dentro de los tabulados nacionales, la población total por sexo y grupo de edad, y la condición de afiliación y tipo de institución se desglosa de la siguiente manera:

Población total de 60 a 69 años: 5 639 589	
No afiliados 1 737 538	Afiliados 3 949 677

Cuadro 5. Afiliación global en instituciones de salud en el panorama sociodemográfico de 60 a 69 años.

<sup>62</sup> [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/concep\\_eness09.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/concep_eness09.pdf)

IMSS	2 367 585
ISSSTE	560 364
SPSS-SSA	794 841
Otra institución pública	192 106
Institución privada	34781
No especificado	6 374

Cuadro 6. Afiliación desglosada a instituciones de salud en el panorama sociodemográfico de 60 a 69 años.

Población total de 70 y más:	
4 935 213	
No afiliados	Afiliados
1 561 665	3 370 706

Cuadro 7. Afiliación global en instituciones de salud en el panorama sociodemográfico de 70 y más.

IMSS	2 002 871
ISSSTE	399 653
SPSS-SSA	762 868
Otra institución pública	181 503
Institución privada	23 811
No especificado	2 842

Cuadro 8. Afiliación desglosada a instituciones de salud en el panorama sociodemográfico de 70 y más.

Los datos anteriores dan cuenta de la población adulto mayor afiliado y no afiliado a las instituciones de salud y el tipo de acceso que podría tener el adulto mayor a un trasplante renal. Cabe resaltar que la implementación del Seguro Popular (2004) aumentó considerablemente la afiliación de adultos mayores aunque con una limitada cobertura, entre los que no se incluye el trasplante renal.

Según datos del CENATRA<sup>63</sup>, del 2006 al 2011 se registró una lista nacional de 3119 candidatos trasplantados renal de cadáver, de los cuales 184 fueron adultos mayores; la cifra osciló desde los 60 años (cumplidos al momento del registro) hasta los 97 años. Cabe resaltar que 4 de estos últimos candidatos superaban la edad de 80 años. A nivel local, se registraron 18 trasplantes realizados en adultos mayores en la Ciudad de México.

El perfil sociodemográfico en México evidencia un importante cambio en el siglo XX, los avances científicos han dado la base para que la transición demográfica esté mostrando el panorama futuro en México, primero con una baja en la mortalidad en los primeros años al nacer, después con una baja en la natalidad y avances médicos para retrasar o eliminar padecimientos que llevan a la muerte.

El resultado actual de estos cambios está proyectando un envejecimiento demográfico. Dicho envejecimiento es un éxito y un tema de preocupación actual respecto a un futuro no lejano que ya se muestra en las proyecciones del CONAPO.

La dependencia demográfica, las pensiones, la proporción de la población económicamente activa, los “cuidadores”, la necesidad de la población adulto mayor a seguir trabajando, la incapacidad por la edad, el acceso a instituciones sanitarias, el financiamiento para atender las necesidades de la población adulto mayor, etc. requieren de políticas y planes de desarrollo pero también de consideraciones actuales en ámbito académico, social y cultural.

---

<sup>63</sup> Datos proporcionado por CENATRA en 2012.

## CAPÍTULO 2: INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

### 2.1 Contextualización

En el primer capítulo doy cuenta del planteamiento del problema en la que enmarco esta investigación. El peso fundamental de los CIT en la justicia distributiva de los órganos, específicamente de riñón, me permitió delimitar el objeto de estudio y plantear alternativas para su análisis. Si bien, hay un marco médico, legal y bioético que permite una asignación basada en un contexto previamente fundamentado, también se deja una gran responsabilidad a cada comité, dado que la decisión dependerá de sus criterios específicos.

Para responder concretamente a la pregunta de esta investigación, ¿qué criterios bioéticos de asignación de riñón implementan los Comités Internos de Trasplantes en la práctica para la selección del adulto mayor? necesité de un acercamiento con miembros de los CIT como responsables de las tomas de decisión. Implementar una investigación de campo me demandó un proceso de inmersión a la metodología cualitativa, revisión bibliográfica, y delimitación espacio-temporal del objeto de estudio.

La construcción de la metodología requirió que: revisara distintas propuestas sobre metodologías cualitativas, elaborara instrumentos (entrevistas y cuestionarios) e implementara una entrevista piloto como primer acercamiento a la investigación de campo y una posterior confrontación de sus fortalezas y debilidades.

En la revisión de los trabajos que anteceden a esta investigación conviene resaltar dos de ellos:

La tesis doctoral realizada en 2009 “Justicia distributiva y trasplante renal”<sup>64</sup> por la UNAM, de Guillermo Cantú, muestra los criterios de asignación cadavérica renal enfocado a la población de receptores pediátricos por medio de un estudio en México. El estudio implementó una encuesta con la historia clínica de 5 pacientes, cada uno de ellos obedeció a distintos criterios de asignación<sup>65</sup>. La tesis concluye con la propuesta de un sistema de puntaje para la asignación órganos en el país.

Otro trabajo que merece consideración es la revisión de literatura en torno a los trasplantes de órganos en el 2010, “La donación y el trasplante de órganos según los profesionales de la salud: panorama bibliográfico y bibliografía anotada”<sup>66</sup>, a través del Consejo Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos de Jalisco-U de G, y a cargo de Francisco Mercado, Cesar Padilla y A. Díaz, en el que se concentra la revisión bibliográfica internacional sobre “las percepciones, experiencias y prácticas de los profesionales de la salud en torno a la donación y trasplante de órganos”<sup>67</sup>. Esta obra me permitió tener una idea general de qué se ha trabajado y cómo en el tema de trasplantes, muchas de las producciones son resultado de investigaciones cualitativas.

La delimitación espacio-temporal de la presente investigación fue de 10 participantes con sus correspondientes protocolos. Se requirió de un considerable tiempo de gestión, las primeras 5 entrevistas las realicé entre abril-junio de 2013 y las 5 entrevistas complementarias se realizaron en enero de 2014. El proceso de análisis de las primeras 5 entrevistas me permitió hacer una sistematización del resto de una manera más eficiente y fluida. En definitiva, la investigación cualitativa se constituyó como un proceso de continua construcción, de un ir y venir metodológico y de una comprensión personal

---

<sup>64</sup> Cantú Quintanilla, G. 2009. Justicia distributiva y trasplante renal (Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias), Universidad Nacional Autónoma de México, México.

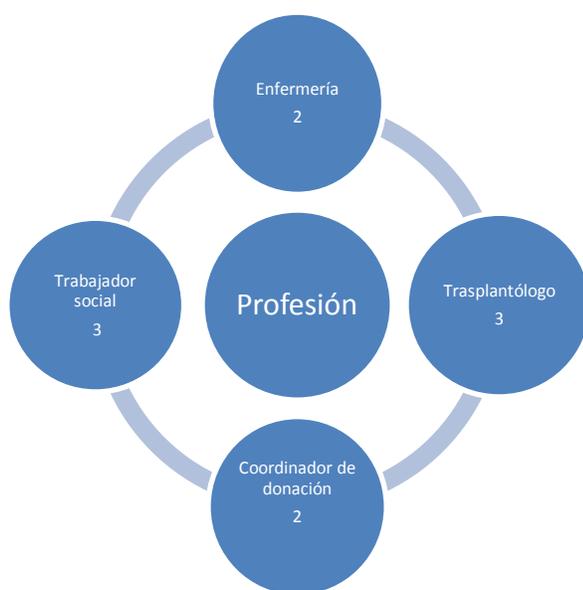
<sup>65</sup> Esta investigación se basó en el Método de expertos Delphi con tres fases y dos circulaciones, y la refinación de los resultados por medio del uso del Índice Kappa.

<sup>66</sup> Mercado J. F., Padilla C. y Díaz Blanca A. 2010. *La donación y trasplante de órganos según los profesionales de la salud*. Universidad de Guadalajara y Consejo Estatal de Órganos y Tejidos, México.

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 11.

paulatina. A continuación presentaré algunos comentarios y esquemas que complementan los datos objetivos de los participantes<sup>68</sup>.

Las profesiones de los participantes fueron variadas y no hay diferencias relevantes en la proporción entre éstas, en gran parte esto fue posible porque el contacto que hizo el CENATRA con los potenciales participantes ya consideraba su pluralidad. El segundo factor fue el consentimiento de los participantes, y su posible referencia con otros CIT.

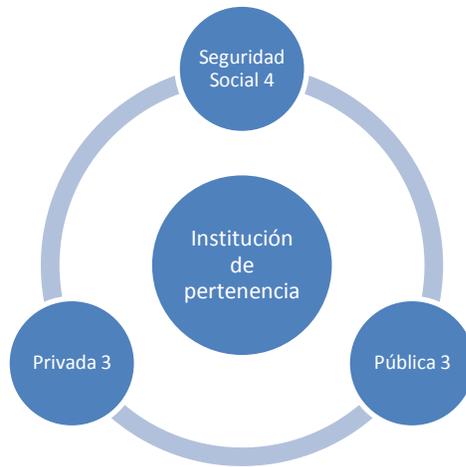


Cuadro 9. Profesión de los miembros de CIT participantes.

La proporcionalidad en las instituciones de pertenencia también obedece al contacto del CENATRA. Por otra parte, hubo una notoria dificultad al acceso de protocolos en las instituciones privadas.

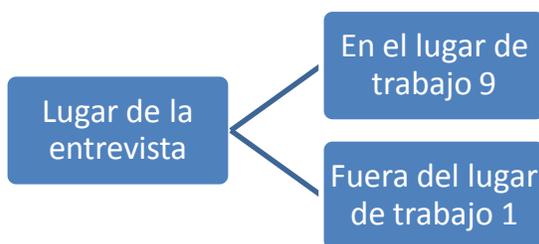
---

<sup>68</sup> Las preguntas formuladas para las entrevistas y la formulación de casos puede consultarse en el apartado de *Anexos*.



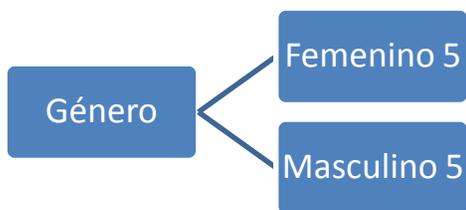
Cuadro 10. Institución de pertenencia de los miembros de CIT participantes.

En el contacto previo a la entrevista, pregunté a los participantes si deseaban la entrevista en su lugar de trabajo o preferían un lugar que no comprometiera la información confidencial. Sólo un entrevistado sugirió la entrevista fuera del lugar de trabajo principalmente por razones de su situación personal frente a los horarios y demanda del trabajo. Otro participante pidió que se realizara la entrevista en otra área del hospital para expresarse más libremente y con menor interferencia de ruido.



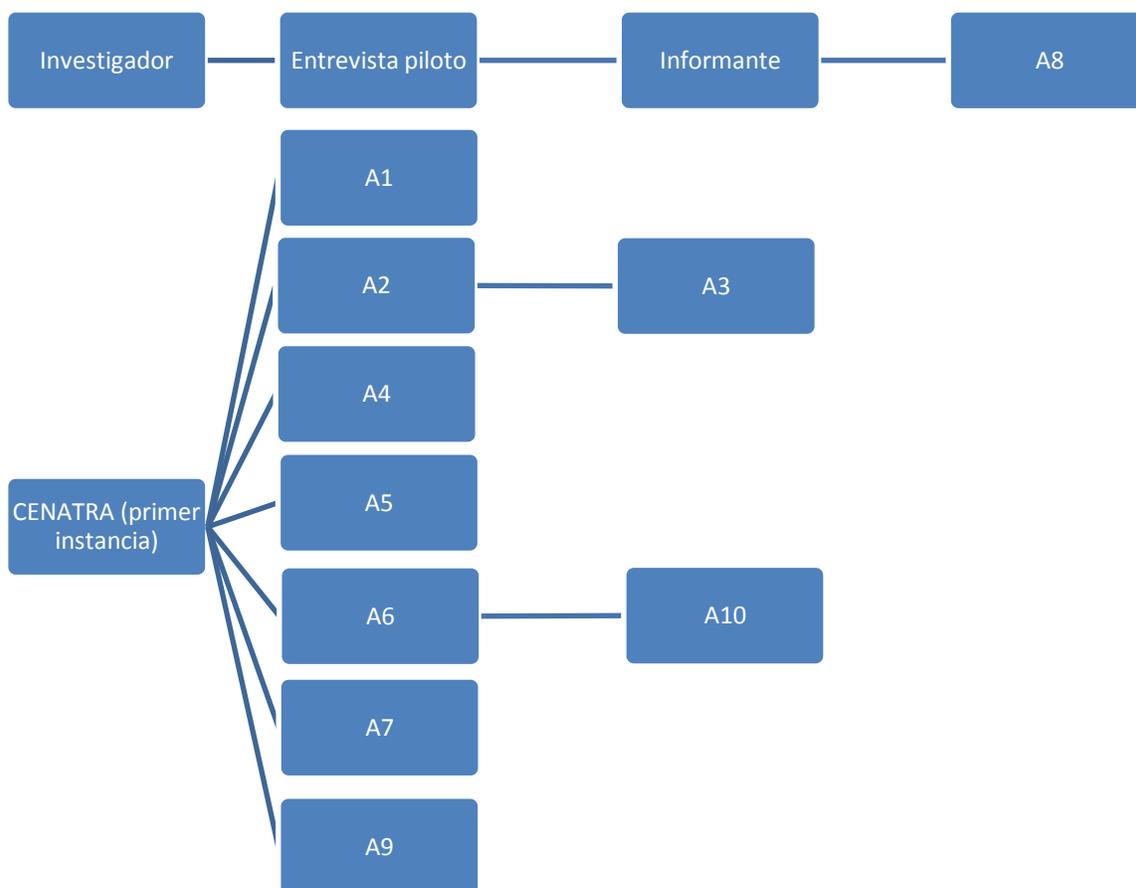
Cuadro 11. Lugar de la entrevista de los miembros de CIT participantes.

El CENATRA hizo contacto con los potenciales participantes de tal manera que fuera plural, el género fue el criterio más flexible de elección.



Cuadro 12. Género de los miembros de CIT participantes.

El CENATRA fue el principal medio de contacto, las primero 5 entrevistas se realizaron en el primer semestre de 2014 con escasa participación. En diciembre de 2014 volví a pedir al CENATRA nuevos contactos para completar la investigación, en esa segunda ocasión hubo una mayor respuesta favorable. Por otra parte, rescaté un contacto que me refirió el informante de la entrevista piloto, que a su vez me contacto con un participante miembro de un CIT.



Cuadro 13. Secuencia de informantes participantes de la investigación.

Paralelamente a la investigación de campo, elegí la perspectiva del filósofo español Ángel Puyol<sup>69</sup> como parámetro de contrastación de criterios bioéticos de asignación de recursos escasos en la sanidad. La elección de esta perspectiva me pareció la más compatible con mis objetivos de investigación, ya que no se posiciona desde una determinada justicia distributiva, sino que se evidencia a partir de los criterios bioéticos elegidos en la práctica.

Dichos criterios son expuestos de manera clara y precisa a través de una argumentación sin una tendencia ética que favorezca o demerite ciertas prácticas, aunque sus conclusiones sí se orientan hacia una ética de mínimos. A la par, Puyol va haciendo ciertas distinciones entre lo que se podrían considerar incertidumbres o problemas para una justa distribución de bienes en la sanidad y una errónea inclusión de aspectos relacionados pero no propios de la justicia distributiva.

La perspectiva de este autor es novedosa porque a través de criterios éticos que se aplican o que podrían aplicarse en la práctica, estructura una argumentación que clarifica las consecuencias prácticas de valoración moral sin recurrir a teorías éticas o de justicia distributiva<sup>70</sup>, esto es, que realiza su análisis en el nivel más básico del ámbito moral, en el mismo nivel que en mi campo de estudio. A continuación, presentaré una breve reseña de su planteamiento sobre los criterios de justicia de priorización más usuales en las listas de espera.

El merecimiento de recursos sanitarios escasos es una cuestión finalmente ética o de justicia, de ahí la importancia de los valores para priorizar a unos pacientes frente a otros. Se hace alusión al principio de justicia distributiva dentro de la bioética como el de menor presencia en los debates académicos, sociales y políticos, “el fondo de la cuestión permanece abierto y sin solución: cómo elegir entre servicios y pacientes cuando los

---

<sup>69</sup> Puyol, Ángel. 2009. “Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad”, *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, 18.

<sup>70</sup> Este nivel de estudio tiene mucha riqueza de información y detalles que aportan elementos imperceptibles en los casos generales o en la especulación de casos sólo a través de las teorías. Por otra parte, cuando se analiza a través de una investigación de campo (como es el presente trabajo), requiere de un gran trabajo de sistematización y decantación de la información nodal o relevante a la investigación, el resultado es un referente de autoridad equivalente al de la especulación teórica.

recursos disponibles no llegan para todo y para todos"<sup>71</sup>. La eficacia como parte de una buena elección social no hace desaparecer los conflictos morales, pero estos sí contienen una carga de valores que no pueden ignorarse.

La realidad social y sanitaria evidencia grandes avances médicos a un alto costo, luego, la atención sanitaria no puede ser garantizada a todos. Por tanto, se hace necesario implementar criterios de justicia distributiva de los recursos escasos. Se analiza, ante los recursos disponibles, cuál es o debería ser la distribución justa de los mismos.

Los criterios de priorización de la sanidad obedecen a razones éticas, sociales, económicas, políticas, etc.; "el conocimiento clínico nos dice qué hay que hacer para curar o mitigar el dolor de un enfermo, pero no nos dice quién tiene prioridad para ser atendido"<sup>72</sup>. En ocasiones, el argumento clínico o economicista cubre la existencia de recursos limitados, dicha situación tiene una elección moral que no debería ser ocultada. Ejemplo de esto es no distinguir la falacia entre la mejor opción clínica y la mejor opción según los recursos disponibles.

Se enuncian los pros y contras de los criterios éticos de priorización más usuales en las listas de espera. Dicha priorización se vuelve responsabilidad de todos, ya que afecta al conjunto de la sociedad:

a) El orden de llegada (posiblemente el más utilizado).

Pros: es imparcial, no ofrece problemas de cálculo, bien aceptado por la ciudadanía por ser un criterio tradicional.

Contras: no toma en cuenta la gravedad, el sufrimiento o la capacidad de beneficio de los recursos sanitarios, ni las dificultades que podrían tener algunos pacientes para acceder a la lista de espera.

Por lo tanto, debería regularse por criterios que consideren más factores.

b) La gravedad del enfermo.

Pros: criterio usual arraigado en la sociedad (aceptado socialmente).

Contras: no siempre hay certeza "de quién es el enfermo más grave" (pronósticos médicos discutibles) lo que invalidaría a este criterio, habría que distinguir y priorizar entre los de

---

<sup>71</sup> *ibid.*, p. 30.

<sup>72</sup> *ibid.*, p. 32.

peor estado en general y los de peor estado de salud; tiene "un contrasentido moral, llamada Regla de Rescate"<sup>73</sup> o TRIAGE.

c) Capacidad de beneficiarse de los tratamientos médicos. Criterio utilitarista: "si el deber del sistema sanitario es aumentar la salud de las personas, tal vez la prioridad debería ser la maximización de la salud de la población"<sup>74</sup>, ej. la fórmula AVAC (años de vida ajustados por calidad) o coste-efectividad que prioriza a los enfermos con mayor expectativa de mejora sanitaria.

Pros: criterio sin las dificultades del TRIAGE, criterio eficiente en términos sanitarios y económicos.

Contras: discrimina a los enfermos más graves con poco coste-efectividad, relegándolos en prioridad; y por consiguiente no toma en cuenta "la *separación moral* de las personas, la convicción de que los individuos son entidades morales diferenciadas"<sup>75</sup>.

Consecuencias morales de este criterio utilitarista: los logros colectivos de coste-efectividad se anteponen a los derechos individuales. Sin embargo, también podría ser matizado por una adecuación a la limitación de recursos en el contexto específico.

d) Priorizar a los individuos que padecen una mayor desigualdad en salud. Entendido como la estimación de cierta cantidad de años con salud, después de esa edad, el mantenimiento o recuperación de la salud ya no constituiría un derecho. Su base cultural se fundamenta en la idea de que "es una desgracia morir joven, pero no una tragedia morir viejo"<sup>76</sup>.

Pros: Su base progresista incurre en que las clases sociales más bajas son en quienes recae mayor desigualdad en la salud. Es eficiente, aumentarían los recursos hacia los enfermos que más beneficio aportarían.

Contras: Discrimina a los adultos mayores, ¿por qué tendrían que pagar los adultos mayores y no los ricos la salud de los jóvenes? La respuesta negativa está marcada por dificultades políticas y se deja como campo abierto para otra discusión.

---

<sup>73</sup> *Íbid.*, p. 36.

<sup>74</sup> *Íbid.*, p. 37.

<sup>75</sup> *Íbid.*, p. 38.

<sup>76</sup> *Íbid.*, p. 39.

e) Nepotismo. Dar prioridad a familiares, amigos y conocidos de quienes pueden influir en la lista de espera. Se enuncian puntos a favor y en contra y se concluye que habría que regularla con restricciones justas.

f) La simpatía o antipatía de los enfermos para ser priorizados tiene como consecuencia una discriminación sobre el resto.

g) La opinión pública, sobre temas morales de difícil resolución y gran alcance social. Sin embargo, la experiencia ha evidenciado que este tipo de priorización no toma en cuenta que "la percepción subjetiva de las enfermedades que los individuos no han padecido suele distorsionar la realidad conocida tanto por los expertos de la sanidad como por los pacientes reales de cada enfermedad"<sup>77</sup>.

h) El valor social del enfermo<sup>78</sup>: se basa en la utilidad social y difícilmente puede acoplarse con otros criterios de priorización. Sin embargo, también se recomienda que no se elimine de los criterios.

i) La responsabilidad personal del enfermo: "la idea de castigar a los enfermos cuyas enfermedades se deben, o están claramente condicionadas, a conductas voluntarias"<sup>79</sup>. Sin embargo no queda claro el límite de la responsabilidad y su alcance ya que la salud constituye un derecho, esto es, que el derecho a la salud interviene en el criterio de prioridad.

j) La capacidad de pago<sup>80</sup>: permite que la contribución económica mejore el acceso a los recursos limitados. Sin embargo, es ineludible y por eso mismo, debería ser revisada como criterio justo.

Estos diez criterios especulativos de la práctica en la priorización de recursos escasos en la sanidad y sus posibles combinaciones, se analiza la cuestión de si dichos criterios éticos deberían o no hacerse públicos. Se enuncian razones a favor y en contra:

---

<sup>77</sup> *Ibid.*, p. 41.

<sup>78</sup> Visto como un beneficio directamente proporcional al bien social que ejerce, un mayor valor social conduce a un mayor beneficio social

<sup>79</sup> *Ibid.*, p. 42.

<sup>80</sup> Cabe matizar que para el autor, constituye el criterio más injusto de priorización ya que la salud es un derecho.

Contra: a) dado que no hay un criterio que agote todos los casos, podría dificultar los consensos necesarios, luego, es mejor que los criterios éticos queden en manos de los expertos y que no sean públicos.

Contra: b) los pacientes sabrían "que se les niegan recursos que necesitan por motivos ajenos a la necesidad médica [... provocando] ansiedad, indignación y frustración"<sup>81</sup>.

Contra: c) implicaría un gran costo administrativo y político, además de generar desconfianza social hacia el sistema sanitario.

A favor (priorización explícita, abierta y transparente): a) Si la lista de espera está vinculada con la gravedad o necesidad que genera prioridad habría que hacerla pública.

A favor: b) mentir a la sociedad sobre los criterios usados no la mejora, además "el derecho a estar informado es moralmente superior al desencanto o la frustración de conocer una verdad incómoda"<sup>82</sup>.

Postura de Ángel Puyol: los criterios éticos de priorización deben ser explícitos, aun cuando eso implique aumentar costos administrativos, políticos y profesionales, "los derechos de los pacientes y del conjunto de la ciudadanía a conocer la verdad están por encima de las incomodidades del sistema y sus profesionales [...] Otra cosa es si la sociedad es lo suficientemente madura para entenderlo y apoyarlo. Pero, por principio, apostar por la inmadurez social no es nunca una buena política democrática"<sup>83</sup>.

Con este esbozo de la contextualización en la investigación cualitativa y la perspectiva de Puyol como punto de comparación de los criterios de asignación, se mostrará el método implementado en la investigación cualitativa, primero como una descripción global y después con la presentación de los ejes analíticos de cada fuente de datos.

## **2.2 Metodología**

El proyecto de investigación se consolidó de la siguiente manera:

- Título: Criterios bioéticos para la asignación de riñón enfocado al adulto mayor.

---

<sup>81</sup> *Íbid.*, p. 44.

<sup>82</sup> *Íbid.*, p. 45.

<sup>83</sup> *Íbid.*, p. 46.

- Pregunta de investigación: ¿Qué criterios bioéticos de asignación de riñón implementan los Comités Internos de Trasplantes en la práctica para la selección del adulto mayor?

- Objetivo general: Identificar las implicaciones éticas en la práctica de asignación de riñón en adultos mayores.

Objetivos secundarios:

a) Analizar los criterios legales, criterios médicos y criterios éticos establecidos en la legislación aplicable y literatura disponible para la asignación de riñón en los CIT.

b) Aplicar dos instrumentos a los CIT: uno sobre la percepción y práctica de su propio comité, la asignación y receptores, y otro sobre asignación por caso en el adulto mayor.

c) Comparar los criterios éticos, legales y médicos establecidos en los protocolos de cada comité con los criterios encontrados en los instrumentos.

d) Identificar si hay coherencia o divergencia entre los criterios encontrados.

e) Identificar los criterios éticos de los criterios de asignación en los instrumentos aplicados.

f) Evidenciar el estado real de la asignación de trasplantes de riñón en el adulto mayor.

g) Aplicación de las posturas filosóficas para la asignación de riñón derivadas de los criterios finales como modelo de selección en el adulto mayor.

Método<sup>84</sup>

Unidad de análisis: miembros de CIT.

---

<sup>84</sup> “Se refiere a todos los procedimientos utilizados en el estudio para producir conocimientos, al responder a las preguntas de investigación, concretar los propósitos, e interactuar con el contexto conceptual”, en: Mendizábal, Nora. 2012. “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa”, en Vasilachis de Galindo, Irene. 2012. *Estrategias de investigación cualitativa*, Argentina., p. 86.

Unidad de recolección (se realiza en tres fases):

- 1) entrevistas semi-estructuradas a miembros de CIT.
- 2) cuestionarios pautados<sup>85</sup> a miembros de CIT.
- 3) protocolos específicos de cada comité.

Tipo de muestra: universo de 32 comités con la clasificación<sup>86</sup> de bola de nieve o cadena. Piloto validado por expertos.

Lugar: Ciudad de México.

Momento: durante la realización de la tesis (2012-2015).

Posibilidad de acceso al estudio: trabajo de campo por medio de entrevista semi-estructurada; cuestionario pautado vía correo electrónico o por trabajo de campo, y acceso a protocolos de cada comité por medio del CENATRA. Tanto la entrevista como el cuestionario cuentan con el consentimiento informado firmado y fechado por los entrevistados.

Técnicas usadas para recolectar la información: Entrevista semi-estructurada audiograbada; cuestionario pautado contestado vía correo electrónico o audiograbado; análisis de documentos (protocolos de los CIT) vía física o virtual.

Tipo de análisis: estudio comparativo mixto entre criterios de asignación teórica y práctica en los CIT<sup>87</sup>.

---

<sup>85</sup> El cuestionario pautado se refiere a los cuestionarios con opción múltiple. El término de “cuestionario pautado” está referido dentro de los diseños estructurados en Vasilachis de Galindo, Irene. 2012. *Estrategias de investigación cualitativa*, Argentina.

<sup>86</sup> La clasificación obedece a los criterios de Miles y Huberman, en Mendizábal, Nora. 2012. “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa”, en: Vasilachis de Galindo, Irene. 2012. *Estrategias de investigación cualitativa*, Argentina., p. 88.

<sup>87</sup> Si bien se seguirá describiendo la metodología de manera técnica, considero oportuno ubicar al lector que este tipo de análisis contiene casos hipotéticos (cuestionarios) basados en literatura sobre el tema y que serán comparados con casos reales (entrevistas) acontecidas en la Ciudad de México, de tal manera que la información recopilada tenga una riqueza de contextos que después será contrastada (triangulación) con información oficial (protocolos) de los comités a los que pertenecen los participantes.

Contenidos del tipo de análisis: los contenidos de la entrevista semi-estructurada se formularon con base en los objetivos, desarrollados a partir del análisis del marco teórico, analizados por estudio de casos, resultados presentados por construcción o desarrollo de teoría<sup>88</sup>, técnica de recolección de datos por audio grabación presencial, consta de 11 preguntas. Los contenidos de los cuestionarios pautados se formularon con base en reportes de bibliografía sobre negación de trasplantes con énfasis en el adulto mayor, resultados presentados por cantidad de incidencia en las respuestas, técnica de recolección de datos vía internet o audio grabación presencial.

Ubicación del investigador en el proceso de la investigación<sup>89</sup>: en tanto soy Lic. en Filosofía por la Universidad de Guadalajara y estudiante de la maestría en bioética en la UNAM, el CENATRA me permitió entrar en contacto con los miembros de los CIT. Durante la maestría cursé la materia de metodología cualitativa (I y II) y esto me permitió un acercamiento al estudio cualitativo de los CIT. El proceso de la construcción de la metodología ha sido el principal reto de la investigación.

Limitaciones que encontré en la investigación: falta de disponibilidad de los miembros de los CIT para realizar las entrevistas, contestar los cuestionarios pautados y la tardanza de una respuesta sobre los protocolos.

Proceso:

- Revisión y análisis de bibliografía sobre asignación de órganos con especial énfasis en el adulto mayor.

---

<sup>88</sup> La construcción de teoría se refiere a los criterios emergentes del análisis práctico y teórico no revelado en el marco teórico. El desarrollo de teoría se refiere a la guía de criterios de justicia de priorización de Puyol, Ángel. 2009. "Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad", *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, 18.

<sup>89</sup> Si bien, las unidades de análisis son los miembros de los CIT se tomará en cuenta la perspectiva del entrevistado. Es importante mencionar que la "mirada" del investigador tiene influencia en el producto final de la investigación. Véase Mendizábal, Nora. 2012. "Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa", en:

Vasilachis de Galindo, Irene. 2012. *Estrategias de investigación cualitativa*, Argentina., p. 89.

- Elaboración de instrumentos (entrevista y cuestionarios) sobre criterios bioéticos de asignación práctica de los CIT.
- Aplicación y análisis de los instrumentos a miembros de CIT y análisis del protocolo de los CIT participantes.
- Comparativa de los resultados de los instrumentos (asignación práctica) con los protocolos (asignación teórica).
- Análisis de los criterios éticos en la asignación de los CIT por construcción de teoría (criterios emergentes) o desarrollo de teoría (criterios de justicia de priorización por Ángel Puyol). La construcción de teoría se justifica cuando, de la triangulación de instrumentos, se evidencian criterios no contemplados en la propuesta de Ángel Puyol.
- Propuesta de aplicación de los criterios de asignación de los CIT como modelo de selección en el adulto mayor desde la perspectiva bioética.

### Investigación cualitativa

Como ya lo indiqué, el presente trabajo está basado en una investigación mixta con énfasis cualitativo<sup>90</sup>. Las distinciones entre cualitativo y cuantitativo son diversas. Por el momento la distinción más contundente podría plantearla en que en lo cualitativo se responde a los cómo y los por qué, mientras que en lo cuantitativo se obtiene una validez estadísticamente representativa del objeto de estudio<sup>91</sup>.

---

<sup>90</sup> Se entiende por investigación cualitativa: la investigación orientada “a analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, y a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales. Por tanto, la investigación cualitativa está en posición de diseñar caminos [que] los transformen en programas de investigación y mantengan la flexibilidad necesaria hacia sus objetos y tareas”, en: Flick, Uwe. 2012. *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata / Fundación Paideia Galiza, Madrid (Traducción de Tomás del Amo), p. 27.

<sup>91</sup> Hay mucha bibliografía sobre la distinción entre metodología cualitativa y cuantitativa y qué rasgos las distinguen o las asimilan. Mi investigación no profundiza en el tema, pese a que una parte mínima sí aplicará metodología cuantitativa (incidencia de respuesta en los cuestionarios), la metodología cualitativa es el principal rasgo y reto: por tanto, se pretende dar las pautas generales de la aplicación específica en esta investigación. Introducirse más en el tema implica un universo complejo y profundo que desborda el alcance y propósito de este trabajo.

## Enfoque de la investigación

Los rasgos comunes que Uwe Flick<sup>92</sup> postula de las diferentes posiciones de enfoques de investigación cualitativa permiten un acercamiento global de la presentación de esta investigación:

a) Epistemológicamente, se trata de comprender las reglas sociales del objeto de estudio. Dentro de las distintas vertientes de acercamiento a este tipo de investigación, ésta se estructura con base en los objetivos: identificación de los criterios bioéticos, prácticos y teóricos (médico, legal, social y ético) para la asignación de riñón enfocado al adulto mayor en la Ciudad de México, cuyos resultados se confrontan con criterios de justicia distributiva según Puyol y se exponen los criterios emergentes propios de mi investigación.

De tal manera que: 1) El enfoque es estructuralista, esto es, que parte del proceso social (elección de pacientes para trasplante renal) y las estructuras que generan en sus actividades (criterios de asignación renal enfocado al adulto mayor); 2) la comprensión de su enfoque es integrador, de tal manera que el fenómeno de estudio puede examinarse desde una pluralidad de perspectivas (triangulación) siempre y cuando se tenga en cuenta la especificidad del fenómeno incluido y no incluido<sup>93</sup>.

b) La construcción de casos proviene de tres fuentes:

Entrevistas semi-estructuradas<sup>94</sup>: constituyen el punto de vista subjetivo de temas nodales en la asignación. Encuentran justificación como punto de partida en la investigación del marco teórico y las dudas que surgieron de su revisión.

---

<sup>92</sup> Flick, Uwe. 2012. *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata / Fundación Paideia Galiza, Madrid (Traducción de Tomás del Amo).

<sup>93</sup> Lo importante es acceder y examinar el fenómeno de estudio, delimitarlo o tener claro que sí y que no se va a estudiar. El tipo de triangulación se especifica en un momento posterior de la investigación. En: Flick, Uwe. 2012. *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata / Fundación Paideia Galiza, Madrid (Traducción de Tomás del Amo), p. 40.

<sup>94</sup> La entrevista semi-estructurada es un tipo de entrevista con cierta apertura para que el entrevistado exprese su opinión. Entre sus distintas formas de aplicación, se utiliza la entrevista a expertos donde "el entrevistado tiene menor interés como persona (completa) que en su calidad de experto para cierto campo

Cuestionarios: se enfocan en la toma de decisiones para la asignación. Se justifican con la bibliografía revisada que toma en cuenta el tema de la exclusión del adulto mayor en los trasplantes.

Protocolos: constituyen la justificación formal para la asignación. Son documentos de peso legal y justificación médica-social que emana de cada CIT en cada hospital.

El método de análisis de las fuentes (casos) es por análisis cualitativo de contenido. La técnica específica es la de resumen de análisis de contenido que se realiza en dos etapas: 1) paráfrasis del texto pertinente y 2) síntesis y resumen del mismo. El método es lo suficientemente flexible para partir de un análisis en el que se vaya construyendo un marco teórico como es el caso de investigaciones novedosas, cuyo uso es frecuente en análisis de puntos de vista subjetivos, así como con material elegido con criterios ya establecidos.

Un método de análisis cuantitativo complementario al análisis cualitativo de contenido en los cuestionarios es el conjunto de incidencia de resultados entre el paciente del inciso “a” o paciente inciso “b” de cada caso.

c) Siguiendo la exposición de estudio de caso de Gudermann<sup>95</sup>, la investigación es de interés instrumental, esto es, que los casos fungen como un medio para la elaboración teórica y así llegar a un mayor grado teórico<sup>96</sup>. El estudio de los casos constituye “un

---

de actividad. El experto se integra en el estudio, no como un caso individual, sino como representación de un grupo de expertos específicos. Por tanto, la guía de entrevista tiene aquí una función directiva mucho más fuerte por lo que refiere a la exclusión de los temas no productivos” (Flick, p. 104). Dicha guía, tiene la función de que la entrevista no se pierda en temas que no son del interés a la investigación, que el entrevistador se maneje en un terreno del que tiene cierto dominio y, que el entrevistado pueda responder improvisando desde su opinión de experto.

<sup>95</sup> Hans Gudermann Kröll expone un completo análisis sobre el método de estudios de caso, donde la flexibilidad del método no demerita el rigor de su análisis y resultados. Gudermann, H., 2008, “El método de los estudios de caso” en:

Tarrés, M. L. 2008. *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales / El Colegio de México / Miguel Ángel Porrúa, México.

<sup>96</sup> Esto no quiere decir que se excluya el interés por el caso específico (interés intrínseco), ya que ambas perspectivas pueden convivir en mayor o menor medida.

procedimiento de crítica y progreso a la vez empírico y teórico, [cuyos resultados aspiran a obtener] criterios para confirmar o desechar conceptos”<sup>97</sup>.

### Proceso de investigación

El análisis cualitativo de contenido con técnica de resumen de análisis de contenido basado en P. Mayring y expuesto por Cáceres<sup>98</sup> consiste en:

Partir de una postura bioética, que en primera instancia busca distinguir implicaciones médicas, legales, sociales y éticas de los textos, y en segundo lugar tiene la flexibilidad de identificar las versiones mixtas que pudiera haber entre ellas.

Con base en la investigación de campo formulé guías de análisis y elegí las reglas más viables entre distintas formulaciones para establecer categorías que den cuenta de los temas identificados.

Mi propósito es distinguir la estructura (implicaciones bioéticas) que se manejan en la práctica y en la teoría para la asignación de riñón enfocado al adulto mayor. Las disciplinas en la asignación (médico, legal, social y ético) no tienen por qué presentarse de manera pura, pero sí distinguirse en sus alcances y relaciones para poder analizarlas desde una perspectiva más formal.

La unidad de análisis está constituida por grupos de palabras con sentido gramatical cuya delimitación (separador reconocible) está en sus significados, también conocido como unidad de análisis gramatical por tema. Los temas dan sentido a las respuestas de los participantes o a los protocolos.

Las reglas indican las condiciones para la codificación y su posterior categorización, dichas reglas no son estrictas por lo que pueden modificarse según se avance en el análisis. El

---

<sup>97</sup> Gundermann, H., 2008, “El método de los estudios de caso” en:

Tarrés, M. L. 2008. *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales / El Colegio de México / Miguel Ángel Porrúa, México, p. 286

<sup>98</sup> Cáceres, Pablo. 2003. “Análisis cualitativo de contenido”. *Psicoperspectivas. Revista de la escuela de psicología. Facultad de filosofía y educación pontificia universidad católica de Valparaíso*. Vol. II, pp. 53 - 82. Recuperado el 24 de febrero de 2014 en:

<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>

establecimiento de reglas es parte de un proceso de búsqueda en la congruencia de los objetivos de la investigación con una clasificación formal de análisis. Los cambios que pueden surgir en las reglas obedecen al refinamiento de los códigos para su futura categorización, la cual puede irse revisando para confirmarla o modificarla. Una vez analizados todos los textos se requiere hacer una revisión global.

Se revisan los textos (entrevistas, cuestionarios y protocolos) a través de la unidad de análisis (tema que da sentido al texto). Se segmenta conforme a la regla de análisis y se identifica según los códigos elegidos<sup>99</sup> (médico, legal, social y ético). Los códigos son la base de una posterior relación o interpretación de mayor profundidad de la que derivan las categorías.

La evaluación de la validez y confiabilidad de los códigos está expresada en el “Libro de códigos”, que contiene las pautas generales de cada código citando la fuente y los rubros de alcance (desarrollados según los objetivos de mi investigación pero con flexibilidad de complementación según el desarrollo de la misma). Incluso, si algún tema llega a coincidir (como es el caso de la “edad”), el rubro de alcance de cada código despeja las dudas u obliga a establecer ponderaciones sobre el mismo.

Los códigos tienen la flexibilidad de compartir segmentos de textos o, lo que es lo mismo, el análisis por tema puede compartir más de un código; esto no debe sorprender, pues los códigos pueden compartir temas, además de que los objetivos de investigación (implicaciones bioéticas) tienen en sí mismos la interrelación de los criterios de asignación, pero siempre con miras a los criterios éticos de asignación (justicia distributiva).

El desarrollo de las categorías es la última clasificación del análisis de contenido. Contiene la visión crítica del estudio y, por tanto, es la puerta a las propuestas interpretativas y relaciones teóricas. Las categorías son el resultado de la comparación de los códigos de las entrevistas semi-estructuradas con los códigos de los cuestionarios.

---

<sup>99</sup> Los códigos tienen la función de abstraer características de los textos y sintetizarlas en un solo rubro.

La integración de los resultados obedece a un desarrollo analítico específico, que si bien es flexible, tiene que entenderse desde el contexto del alcance de los objetivos y el enfoque de investigación. Teniendo en cuenta los trabajos que anteceden a mi investigación e incluso las frecuencias del análisis cuantitativo, la expectativa del análisis cualitativo de contenido temático es la representación de categorías como una nueva forma de entendimiento de los textos orientada a responder la pregunta de investigación.

La evaluación sobre la legitimidad de este tipo de investigación se basa principalmente en una triangulación de métodos. Esto es, de triangulación metodológica entre las entrevistas semi-estructuradas y los cuestionarios (productores de fuente de datos), confrontados con la fuente de datos de los protocolos (fuente de datos ya producidos). Por tanto, la triangulación puede ser entendida como “un enfoque para fundamentar más el contenido obtenido con los métodos cualitativos”<sup>100</sup>.

d) Los textos a estudiarse en mi investigación son: entrevistas semi-estructuradas (punto de vista subjetivo de temas nodales en la asignación); cuestionarios (toma de decisión para la asignación); y protocolos (justificación formal para la asignación). Los dos primeros tipos de texto constituyen métodos productores de datos, la última es una fuente de datos ya producida. En las tres fuentes los hallazgos son fundamentales para la representación y comunicación del objetivo o pregunta de investigación. A partir de estos hallazgos se genera una interpretación (triangulación metodológica)<sup>101</sup> de la realidad estudiada. Tanto las entrevistas como los cuestionarios generan datos (audiograbados) que se transforman en textos (al transcribirlos) y son fuentes de interpretación (medio de acceso a la realidad).

---

<sup>100</sup> Gundermann, H., 2008, “El método de los estudios de caso” en:

Tarrés, M. L. 2008. Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales / El Colegio de México / Miguel Ángel Porrúa, México, p. 236.

<sup>101</sup> La triangulación obedece a la clasificación de Dezin como triangulación metodológica del subtipo de triangulación entre métodos. En:

Flick, Uwe. 2012. Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata / Fundación Paideia Galiza, Madrid, (Traducción de Tomás del Amo), pp. 243-244.

Libro de códigos

Médico: Tipo de información que se utiliza con vistas a adoptar una medida terapéutica que previsiblemente beneficiará al paciente<sup>102</sup>.

Legal: Son disposiciones legales en el ámbito de la donación-trasplante de órganos<sup>103</sup>.

Los procedimientos para la asignación y distribución de órganos de acuerdo a las disposiciones reglamentarias son: garantizar información técnica-precisa; preferencia institucional y local; urgencia; criterios temporales (lista de espera); consentimiento informado: información del riesgo-beneficio a receptor, donante y familiar.

Ético: Desacuerdos morales, valorativos. Si bien, cierta información acerca de cuestiones médicas es imprescindible para llegar a un acuerdo moral, también es cuestión ética decidir qué hacer ante situaciones de incertidumbre informativa<sup>104</sup>.

Enfocado en el problema de justicia distributiva (distribución de bienes en condiciones de escasez) se distingue entre 1) la aceptación o exclusión de pacientes en la lista de espera y, 2) la distribución de órganos entre los pacientes ingresados (asignación) a la lista de espera<sup>105</sup>.

Sociales: Condiciones de vida: atención a la salud, seguridad social/situación laboral, localización territorial, limitación física o mental, condición étnica, edad, red de apoyo, autosuficiencia, género<sup>106</sup>.

---

<sup>102</sup> Rivera López, Eduardo. 2001. *Ética y trasplantes de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica, México, p. 116.

<sup>103</sup> En el marco legal del primer capítulo mencioné las disposiciones legales en el ámbito de la donación-trasplante de órganos. Véase *supra.*, pp. 15-25. En la página del CENATRA se muestra el alcance del marco normativo:

[http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/marco\\_normativo\\_presentacion.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/marco_normativo_presentacion.html)

<sup>104</sup> Rivera López, Eduardo. 2001. *Ética y trasplantes de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica, México, p. 20.

<sup>105</sup> *Ibid.*, pp. 22-23.

<sup>106</sup> Según el Diccionario de la Real Academia Española, puede entenderse de dos maneras 1) "Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes" o código social; 2) "Taxón que agrupa a especies que comparten ciertos caracteres" o código médico. Consultado el 20 de enero de 2014 en:

<http://lema.rae.es/drae/?val=g%C3%A9nero>

## 2.3 Presentación de resultados

Los resultados de la investigación los expondré en dos partes, la primera contiene una presentación de tablas con los resultados cuantitativos, la segunda parte contiene los resultados de la investigación cualitativa. Tanto el resultado cuantitativo como cualitativo servirá de manera fundamental a la discusión del tercer capítulo.

Análisis cuantitativo de cuestionarios<sup>107</sup>

A continuación presentaré cada caso diferenciado por variables, las razones de su elección (identificado por la clave del participante) y una tabla con diferenciaciones de respuesta.

Caso 1 con criterio diferenciado por la variable del género:

- a) Paciente masculino de 71 años, con dos años en lista de espera, diálisis desde hace tres años, diagnóstico de insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes mellitus tipo II, actualmente controlada, derechohabiente de este hospital gubernamental.
- b) Paciente femenino de 70 años, con dos años en lista de espera, diálisis desde hace tres años, diagnóstico de insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes mellitus tipo II, actualmente controlada, derechohabiente de este hospital gubernamental.

Razones de respuesta del caso 1:

A2: El desempate se daría por el registro en la lista de espera, la evaluación clínica pre-trasplante y la predicción de mejor sobrevida y oportunidad con el injerto. En términos médicos, ambos pacientes pueden recibir el trasplante.

A3: Los datos del caso no tienen criterios socioeconómicos y eso no le permite una toma de decisión más informada.

A4: No se elige a ningún paciente bajo los criterios expuestos. Se debe valorar el estado de salud y la “aptitud del donante”.

---

<sup>107</sup>En el apartado de *Anexos* se documenta el cuestionario implementado.

El cuestionario con clave A1 no fue respondido y por eso abrió un margen de error del 10%, mientras que el cuestionario A8 el informante no completó el proceso de participación.

A5: Se elige a quien tenga mayor antigüedad por fecha en la lista de espera.

A6: Se remite a la antigüedad en la lista de espera, el que estrictamente sea más antiguo, de esta manera se evita “crear malos entendidos”.

A7: Criterio de edad.

A9: Criterio de edad.

A10: La toma de decisión final se hace a través del comité. Las características de los pacientes son muy similares y su edad ya es muy avanzada.

A11: No se puede decidir a quién otorgar el órgano con los datos del caso: “la edad no es un factor, ni el tiempo que tienen en diálisis, ni el tiempo en espera”. Finalmente, la decisión la tomaría sólo basada en la lista de espera.

Tabla de diferenciación por incidencia de respuesta:

Clave del Participante	Paciente a)	Paciente b)	Manifestó incertidumbre en la toma de decisión
A2			•
A3			•
A4			•
A5			•
A6			•
A7		•	
A9	•		
A10	•		
A11			•

Cuadro 14. Diferenciación de respuesta del caso 1 en cuestionario pautado.

Caso 2 con criterios diferenciados por la variable de edad y condición médica.

Se recibe un riñón cadavérico procedente de masculino de 26 años de edad con muerte encefálica.

En la lista de espera de este hospital se encuentra:

- a) Paciente femenino de 58 años de edad con síndrome de riñones poliquísticos, con 1 año de diálisis y presencia de poliquistosis hepática y pancreática grado I.
- b) Masculino de 70 años, con insuficiencia renal postglomerulonefritis aguda, sin patología sistémica agregada.

Razones de respuesta del caso 2:

A2: El criterio decisivo sería la paridad de edad (un donador joven a receptor añoso beneficia al receptor. Un donador añoso a receptor joven deja un déficit de supervivencia del órgano) por expectativa de vida cronológica.

A3: El criterio decisivo sería la viabilidad médica. Asignar al paciente más joven. Complementado con criterios decisivos socioeconómicos.

A4: El criterio decisivo sería la viabilidad médica. Asignar al paciente “en mejores condiciones”.

A5: Los criterios decisivos serían la viabilidad médica y la expectativa de vida cronológica del órgano.

A6: La edad representa menos riesgos comparado con el otro paciente. El pronóstico “incierto a corto plazo” del injerto en el paciente b) “sería un desperdicio”.

A7: Por expectativa de viabilidad médica.

A9: Por menor diferencia de edad cronológica

A10: El caso es complejo y faltaría el dato de la fecha en la lista de espera: paciente a) tiene más posibilidades de éxito de aprovechar el órgano; paciente b) tiene mejor condición física y menos patologías agregadas.

A11: El paciente b) cronológicamente es mayor pero no tiene enfermedades agregadas y podría tener una mayor expectativa de funcionamiento del riñón. La desventaja del paciente a) son sus patologías agregadas y, por tanto, su pronóstico es malo.

Tabla de diferenciación por incidencia de respuesta:

Clave del participante	Paciente a)	Paciente b)	Mostró incertidumbre en la toma de decisión
A2	•		
A3	•		
A4			•
A5			•
A6	•		
A7		•	
A9	•		
A10			•
A11		•	

Cuadro 15. Diferenciación de respuesta del caso 2 en cuestionario pautado.

Caso 3 con criterio diferenciado por la variable de edad y derechohabencia:

Se recibe un riñón cadavérico procedente de masculino de 26 años de edad con muerte encefálica.

- a) Mujer de 77 años, no derechohabiente, en lista de espera desde hace 4 años, en diálisis, sin patología agregada.
- b) Mujer de 45 años, derechohabiente, en lista de espera desde hace 4 años, con insuficiencia cardiaca post hipertensiva, actualmente controlada.

Razones de respuesta del caso 3:

A2: Es decisivo el pareamiento de la edad y el resultado de estudios para mayor sobrevivencia del receptor. Es un tema preocupante que un candidato no tenga seguridad social.

A3: Al paciente más joven porque en el de mayor edad podría complicar el trasplante.

A4: Lo asignaría quien “se encuentre en las mejores condiciones”.

A5: Antes de la toma de decisión se necesita valorar el estado de salud del paciente. Se elegiría al paciente más joven.

A6: La derechohabiencia tiene un peso fundamental: sin ella no podría estar en la base de datos de esa institución.

A7: Por expectativa de vida y derechohabiencia.

A9: Este paciente proyecta mayor sobrevida. La derechohabiencia es un factor que influye (pero no determina) pues garantiza los medicamentos que evitan las probabilidades de rechazo.

A10: Por ley, se tendría que revisar la fecha exacta de ingreso a la lista de espera. La derechohabiencia no es factor a considerarse: “en los hospitales públicos cuando se quiere se busca la manera de cómo”. La diferencia de edad favorece a este paciente, además de proyectarle mejor provecho del órgano.

A11: Porque es derechohabiente (de no serlo no podría trasplantarse en ese hospital). La insuficiencia cardiaca (patología agregada) no contraindica el trasplante.

Tabla de diferenciación por incidencia de respuesta:

Clave del participante	Paciente a)	Paciente b)	Mostró incertidumbre en la toma de decisión
A2		•	
A3		•	
A4			•
A5		•	
A6		•	
A7		•	
A9		•	
A10		•	
A11		•	

Cuadro 16. Diferenciación de respuesta del caso 3 en cuestionario pautado.

Caso 4 con criterio diferenciado por la variable de urgencia vs. antigüedad:

En un instituto de salud del DF, se tienen dos posibles candidatos a trasplante

- a) Paciente masculino de 75 años, en categoría nivel cero, sin patología agregada.
- b) Paciente masculino de 32 años, con insuficiencia renal crónica post glomerulonefritis, con diálisis desde hace 6 años en primer lugar de lista de espera por antigüedad.

Razones de respuesta del caso 4:

A2: La categoría nivel cero (categoría clínica de urgencia) es un criterio (médico) que se antepone a los demás criterios de asignación (y tiene implicaciones directas con la expectativa de vida).

A3: La categoría nivel cero es un criterio que se antepone a los demás criterios de asignación; dicha categoría está por encima de las preferencias del CIT.

A4: Antes de la toma de decisión se necesita valorar el estado de salud del paciente. Lo asignaría a quien se encuentre en las mejores condiciones.

A5: Investigaría con el médico tratante el estado actual del paciente b) (primer lugar de la lista de espera) y si no hubiera algún aspecto que prolongara el tiempo de isquemia se lo asignaría a éste.

A6: Por criterio de antigüedad en la lista de espera. Al ser más joven el paciente, el injerto tiene mayor expectativa de sobrevida (comparado con el otro paciente). Se habla de la expectativa funcional del injerto en un cuerpo joven y no al revés.

A7: Por criterio de viabilidad médica.

A9: Por prioridad de urgencia (no tener accesos vasculares) y no tener patologías agregadas. Lo anterior pronostica un buen resultado a su edad.

A10: Por criterios de edad, tiene complicaciones médicas, tiene más años en hemodiálisis, está en primer lugar en lista de espera.

A11: Por prioridad en la lista de espera.

Tabla de diferenciación por incidencia de respuesta:

Clave del participante	Paciente a)	Paciente b)	Mostró incertidumbre
A2	•		
A3	•		
A4			•
A5		•	
A6		•	
A7		•	
A9	•		
A10		•	
A11		•	

Cuadro 17. Diferenciación de respuesta del caso 4 en cuestionario pautado.

Caso 5 con criterio diferenciado por “valor social”:

En un instituto de salud del DF, se tienen dos posibles candidatos a trasplante:

- a) Paciente masculino de 72 años, connotado miembro de la Academia Nacional de Medicina, lugar 2 en lista de espera. Estable, en diálisis desde hace 5 años.
- b) Paciente femenino, de 70 años, ama de casa, lugar uno en lista de espera, con diálisis hace 4 años.

Razones de la respuesta del caso 5:

A2: La prioridad de criterios será por su mayor completud y después por la lista de espera.

A3: El tiempo en la lista de espera será el factor de desempate.

A4: Lo asignaría a quien “se encuentre en mejores condiciones”.

A5: Antes de la toma de decisión se necesita valorar el estado de salud de cada paciente y se valoraría cada caso tomando en cuenta la lista de espera.

A6: La lista de espera: contiene fuerza legal de respetarse al igual que la base de datos institucional.

A7: Por antigüedad en la lista de espera.

A9: Por antigüedad en la lista de espera. El estatus social es independiente a la elección del receptor.

A10: Por antigüedad en la lista de espera. El estatus social es independiente a la elección del receptor: “un título no te va a dar el derecho de brincar una lista de espera, antes de cualquier título somos personas”.

A11: Por antigüedad en la lista de espera.

Tabla de diferenciación por incidencia de respuesta:

Clave del participante	Paciente a)	Paciente b)	Mostró incertidumbre en la decisión
A2			•
A3		•	
A4			•
A5			•
A6		•	
A7		•	
A9		•	
A10		•	
A11		•	

Cuadro 18. Diferenciación de respuesta del caso 5 en cuestionario pautado.

## Análisis cualitativo de entrevistas y cuestionarios

Los resultados de la investigación son presentados de acuerdo con las categorías construidas: pre-asignación y asignación a partir de la interpretación de los ejes analíticos. La primera consideración se hizo entre los ejes analíticos equivalentes de los cuestionarios y las entrevistas constituidas por los ejes: médico, legal, social, socio-médico, socio-ético y ético-legal. Mientras que los ejes de los cuestionarios fueron en gran medida sobre la toma de decisión para la asignación, en las entrevistas resaltaron muchos aspectos previos a ella (pre-asignación).

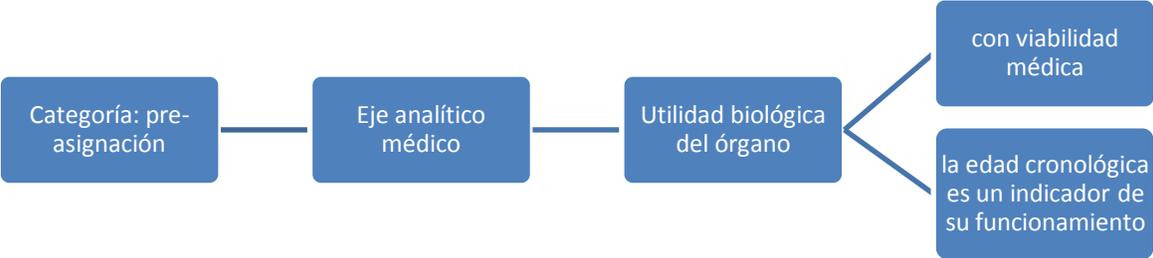
Las categorías pudieron agotar las respuestas de los ejes analíticos de los cuestionarios, en el caso de las entrevistas los tópicos de “calidad de vida” y “adulto mayor” no se constituyeron como categorías porque no hubo punto de comparación con los cuestionarios, ni tuvieron suficiente fuerza para cotejarlos con los protocolos. Sin embargo, constituirán un material provechoso de discusión en el tercer capítulo.

En los resultados de las entrevistas no se exponen las razones que sustenta cada participante en cada respuesta porque, como ya se explicó en la descripción de los instrumentos para aplicar la investigación de campo, la entrevista semi-estructurada a expertos no busca consensos de respuesta por pregunta, sino más bien, conocer los puntos de vista de los participantes, cuyas respuestas son finalmente delimitadas por separadores y categorizaciones globales. Por tanto, los cuadros que muestran los resultados de las entrevistas (izquierda a derecha) los presento a partir de la categorización final, sin embargo, también pueden leerse de derecha a izquierda, de tal modo que el lector pueda ir descubriendo las ideas de mayor incidencia y cómo sustentan y configuran una categoría.

A continuación presento comentarios explicativos y cuadros sinópticos de las categorías de asignación y pre-asignación y los ejes analíticos que las respaldan.

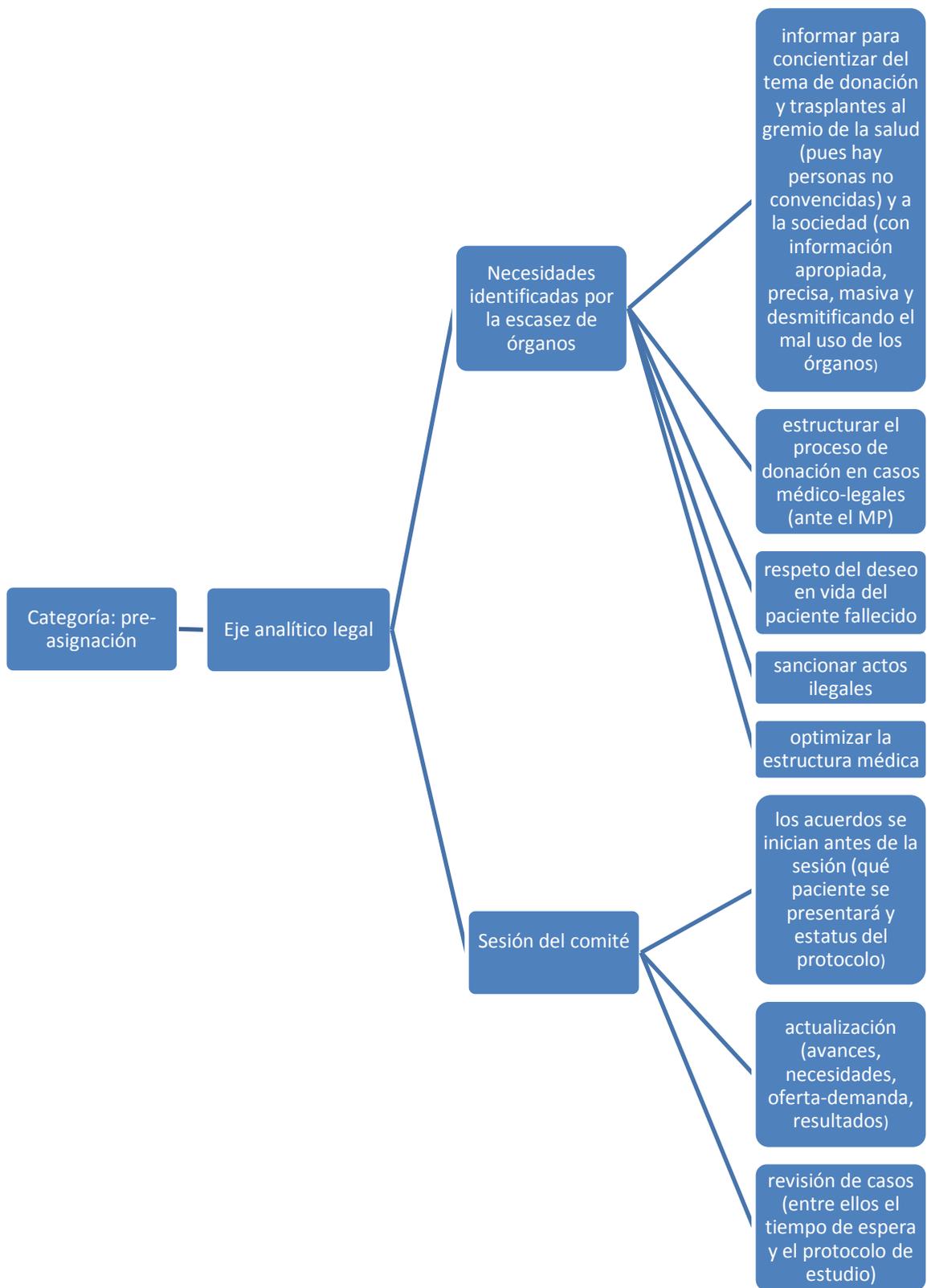
Comentario a la categoría de pre-asignación médica. En la pre-asignación, la utilidad biológica del órgano se contempla como criterio absoluto en cuanto a la viabilidad

médica, y como criterio recomendable en cuanto edad cronológica que proyecta una expectativa del funcionamiento biológico razonable.



Cuadro 19. Categoría de pre-asignación médica.

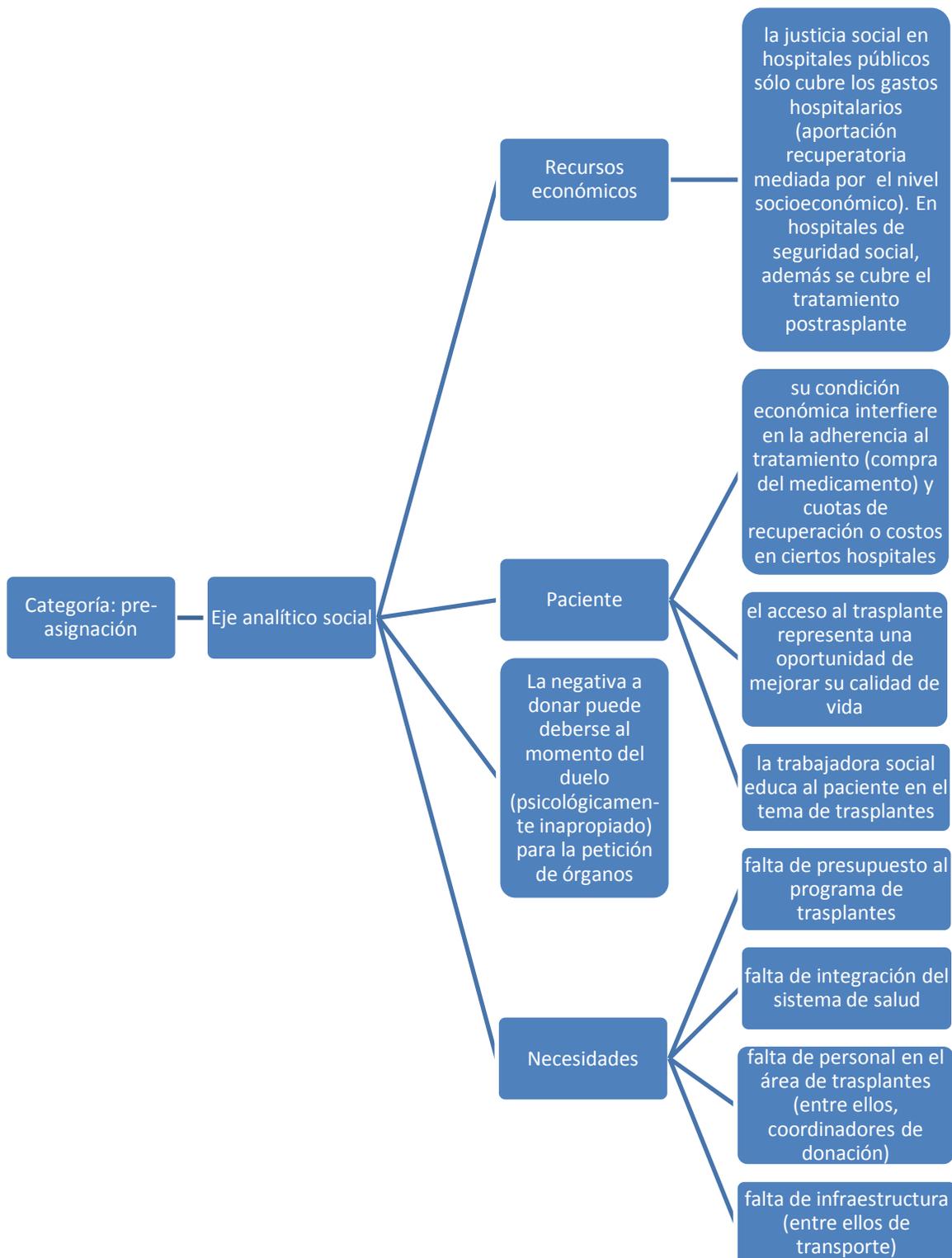
Comentario a la categoría de pre-asignación legal. En el ámbito legal, la pre-asignación está fuertemente inclinada a eficientar los grandes mecanismos de los trasplantes en México, que van desde incentivar campañas de donación hasta agilizar casos de posibles donantes fallecidos en los que está implicado el Ministerio Público (MP). Por otra parte, también se resalta el papel del CIT, en cuanto su organización como figura institucional y como comité activo.



<sup>108</sup> Cuadro 20. Categoría de pre-asignación legal.

<sup>108</sup> Ministerio Público (MP).

Comentario a la categoría de pre-asignación social. El eje analítico social es notoriamente multifactorial, la diferencia entre hospitales públicos, de seguridad social y privados constituyen una clara diferencia en el acceso al trasplante. Mientras que los hospitales de seguridad social garantizan al paciente el acceso al protocolo, el trasplante y el tratamiento postrasplante, por otro lado, también evidencian grandes necesidades institucionales en cuanto al presupuesto, personal e infraestructura. Por otra parte, se evidencia la importancia de la red de apoyo para el receptor y la importancia de la familia o tutores del potencial donante en la petición de órganos.



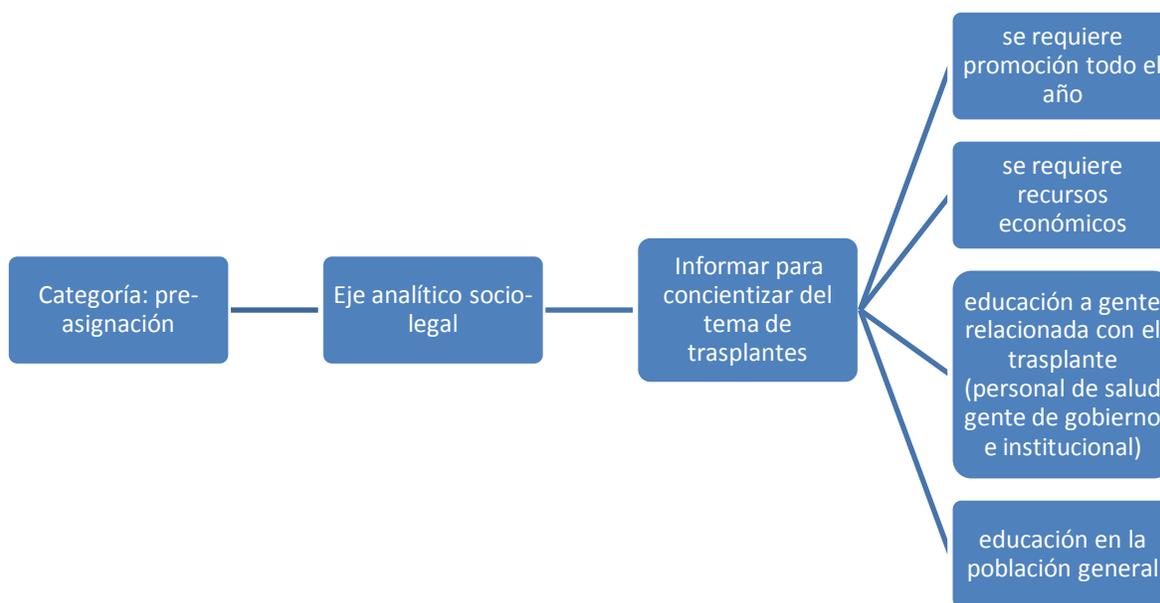
Cuadro 21. Categoría de pre-asignación social

Comentario a la categoría de pre-asignación socio-médico. En el ámbito socio-médico, es interesante resaltar que se llega a tomar en cuenta la vivencia del paciente a través de sus implicaciones psicológicas o psiquiátricas durante su protocolo y tiempo en lista de espera. Por otro lado, también se considera el retraso administrativo como un factor claramente perjudicial en la calidad de vida del paciente (expresado en el progreso innecesario de su enfermedad).



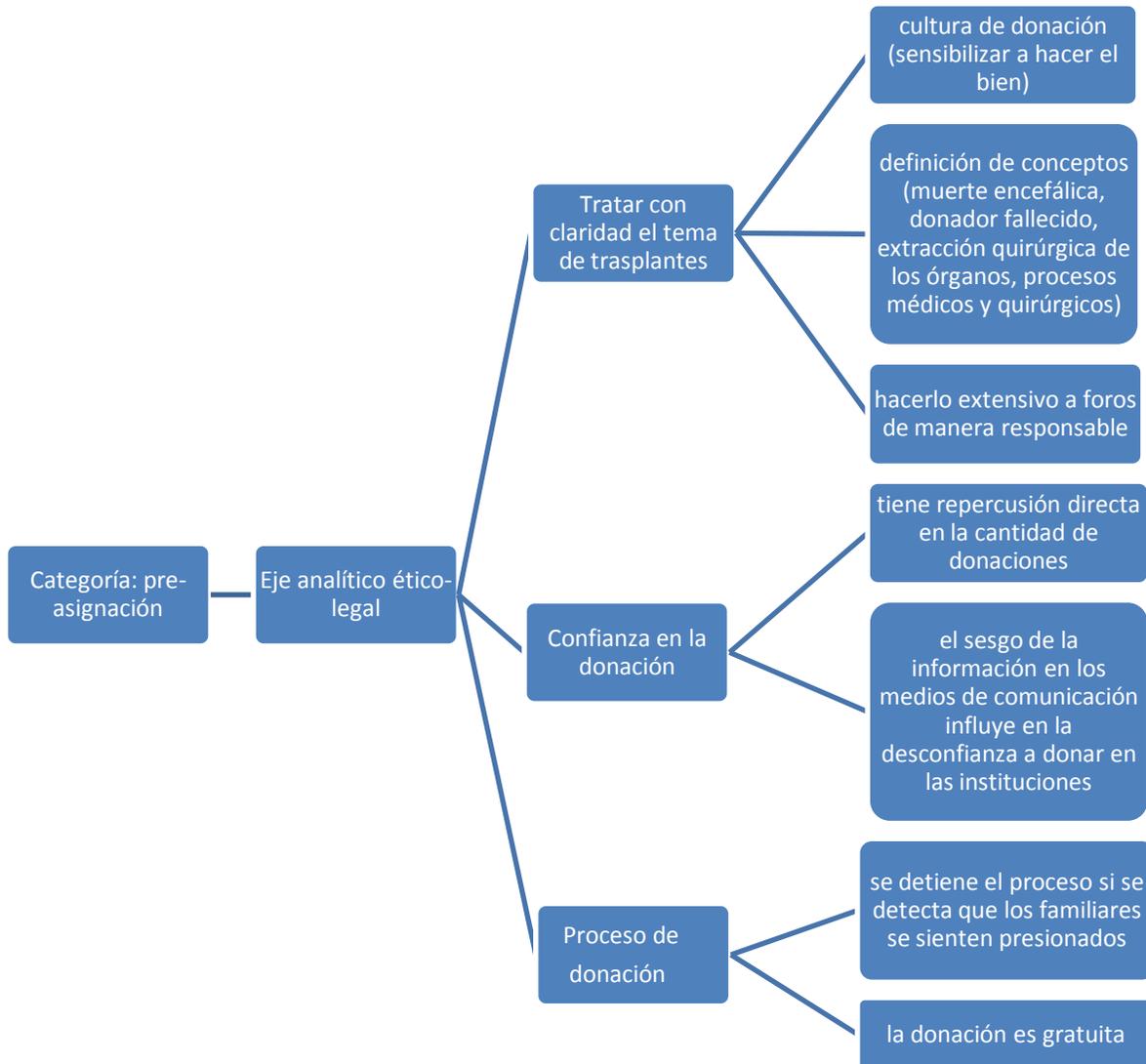
Cuadro 22. Categoría de pre-asignación socio-médico.

Comentario a la categoría de pre-asignación socio-legal. El ámbito socio-legal está completamente enfocado a la constante concientización del tema de trasplantes en todas sus esferas (población general, instituciones y personal de salud).



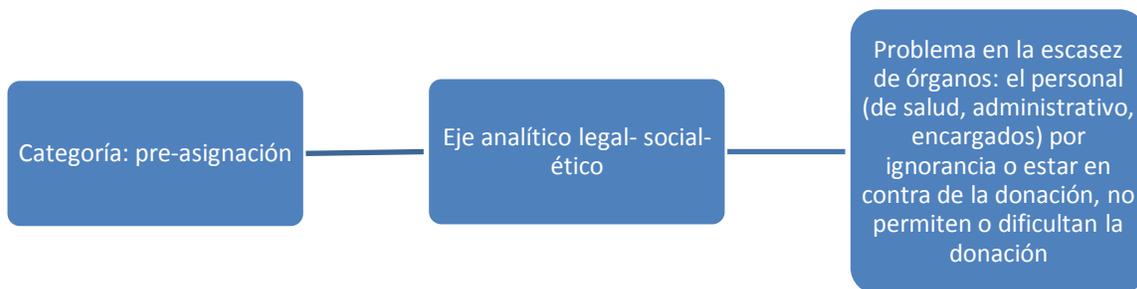
Cuadro 23. Categoría de pre-asignación socio-legal

Comentario a la categoría de pre-asignación ético-legal. El ámbito ético-legal tiene que ver con las condiciones de la toma de decisión del donante o tutores legales sobre la donación, no sólo desde el personal implicado en la donación-trasplante, sino que también se evidencia la responsabilidad de los medios de comunicación, los espacios para su difusión y la pertinencia de la definición de conceptos (expresados en la LGS, el *Reglamento a la LGS*, y protocolos de los CIT).



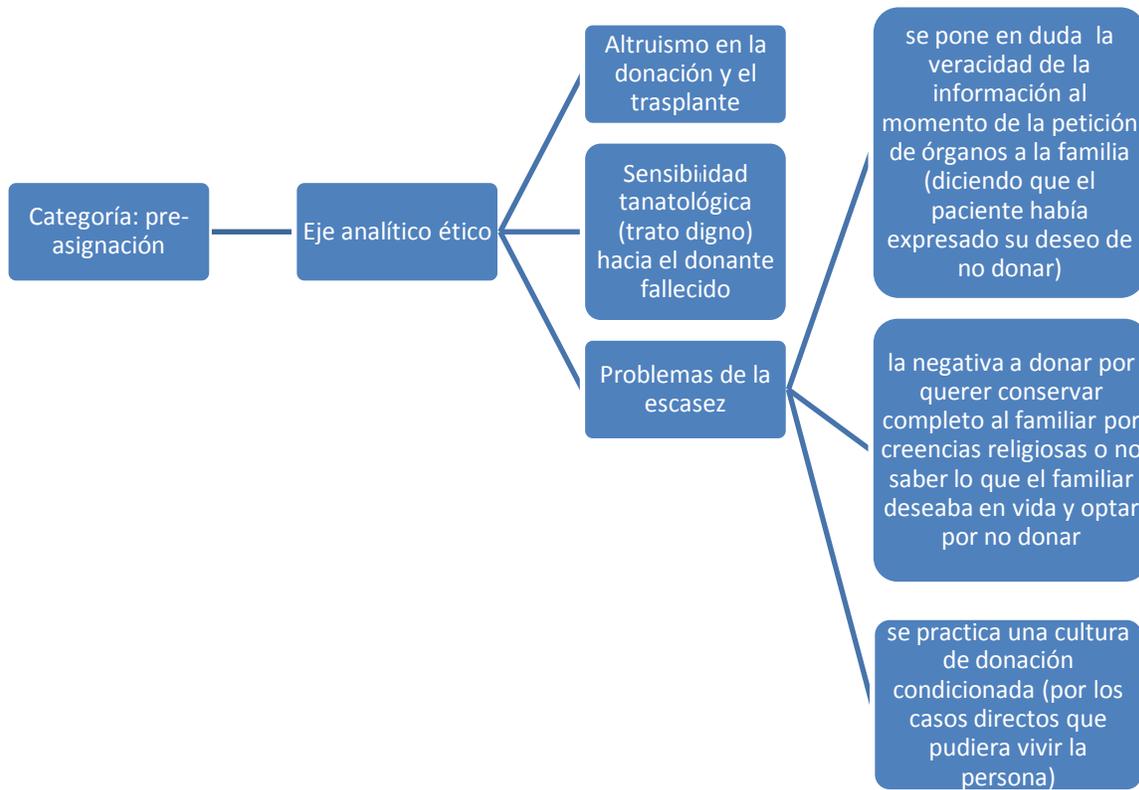
Cuadro 24. Categoría de pre-asignación ético-legal.

Comentario a la categoría de pre-asignación legal-socio-ético. Este eje analítico permitió evidenciar que el personal implicado en la donación-trasplante tienen una responsabilidad que no necesariamente es compartida con los objetivos de su actuar profesional. Esto es, que la generalización de que un profesional de la salud tendría por apoyar y promover la donación-trasplante debería que ser reconsiderado en vista de las justificaciones personales de los mismos. Esta consideración también podría promover una discusión respecto a la idea social del encarnizamiento del profesional de la salud por lograr a toda costa la donación o trasplante.



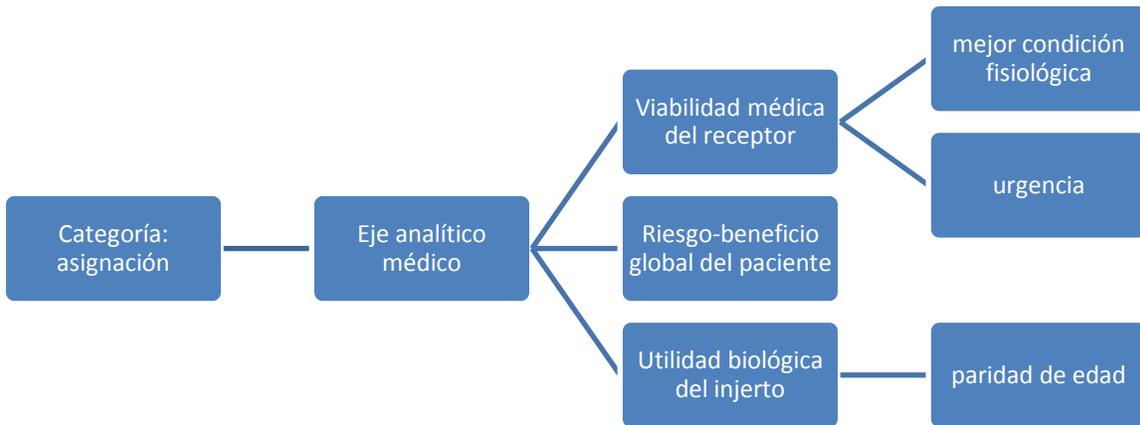
Cuadro 25. Categoría de pre-asignación legal-socio-ético.

Comentario a la categoría de pre-asignación ética. La condición de pre-asignación en el ámbito ético es diversa, por una parte se constata la fuerza del altruismo en la donación y el trasplante; por otra, la figura del donante fallecido conserva la noción de un trato digno. La justicia distributiva es discutida desde la posible negativa de la familia a la donación (en donante fallecido) o la donación condicionada (como deseo del donante en vida).



Cuadro 26. Categoría de pre-asignación ética.

Comentario a la categoría de asignación médica. La asignación está fuertemente influenciada por el costo-beneficio del procedimiento médico y biológico del órgano y del paciente.



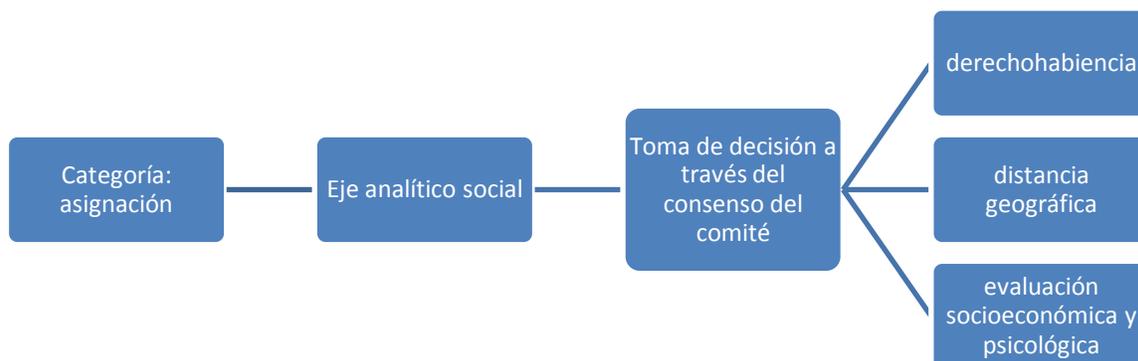
Cuadro 27. Categoría de asignación médica.

Comentario a la categoría de asignación legal. La asignación es resultado del consenso entre el comité y el paciente y, del registro a la lista de espera que promueve una justicia igualitaria.



Cuadro 28. Categoría de asignación legal.

Comentario a la categoría de asignación social. En este eje analítico, el consenso toma en consideración la distancia geográfica al momento de presentarse un donante; la evaluación socioeconómica no sólo considera los gastos que genera el trasplante, también por la alimentación y cuidados cotidianos e imprescindibles de los pacientes trasplantados; la evaluación psicológica no favorable puede suspender el trasplante; mientras que el tema de la derechohabiencia es especialmente importante por la seguridad que genera al paciente el acceso vitalicio al tratamiento y seguimiento médico<sup>109</sup>.

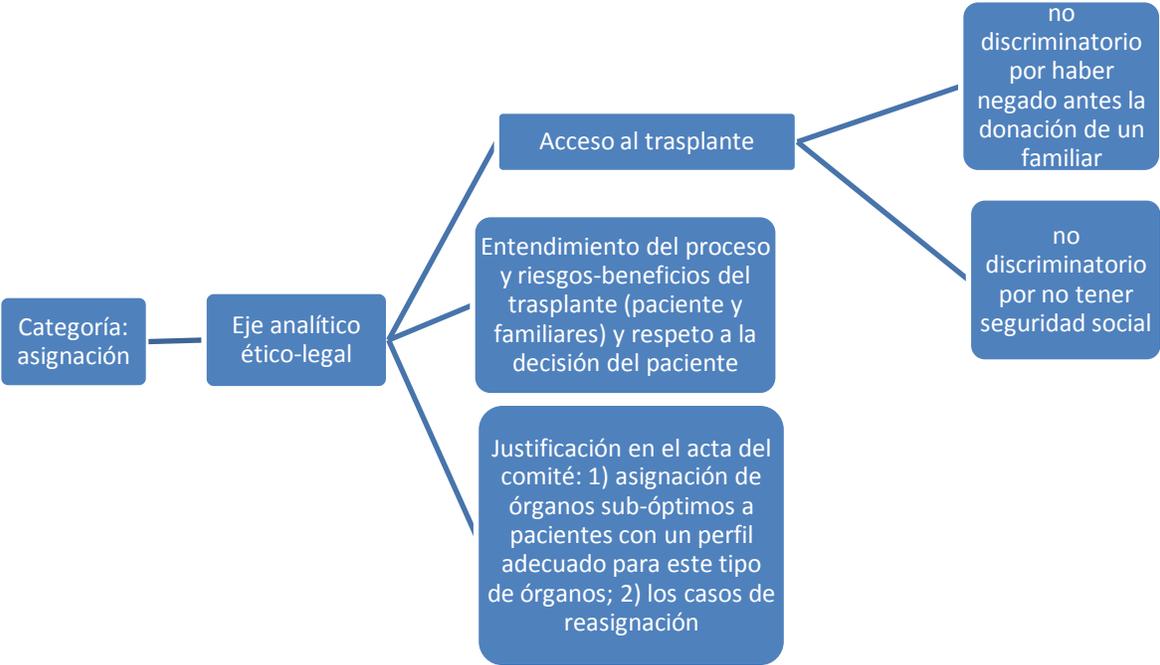


Cuadro 29. Categoría de asignación social.

Comentario a la categoría ético-legal. En el ámbito ético-legal, el acceso al trasplante muestra una protección legal que pudiera llegar a ser tema de discusión en la justicia distributiva ¿la toma de decisión en la asignación deberían estar influenciada por el antecedente de la negativa a donar?, ¿se debería negar el acceso al trasplante en pacientes que no cuidaron su salud? Si bien puede sonar atractivo discutir la

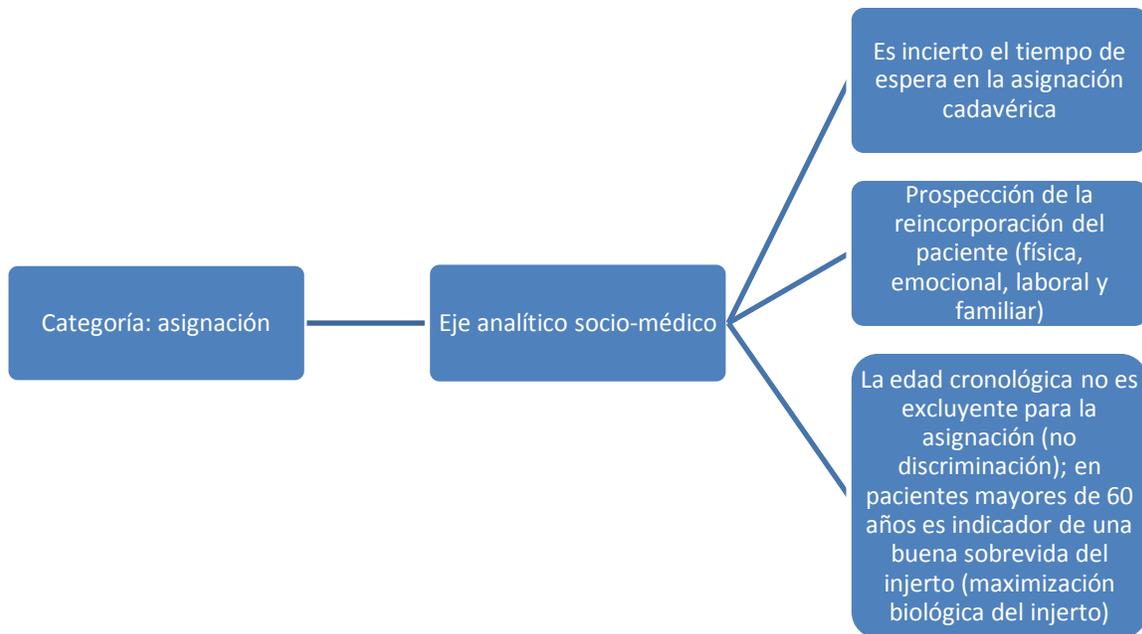
<sup>109</sup> Este tema lo evalué cuantitativamente en los cuestionarios implementados, teniendo como variable la edad y la derechohabiencia, el 8 de 9 eligió a la paciente derechohabiente de 45 años y el 1 de 9 manifestó incertidumbre en la toma de decisión (teniendo como opción a la paciente de 77 años no derechohabiente). Véanse los cuadros 18 y 19.

implementación de estos criterios para la pre-asignación o asignación en México, tampoco hay que olvidar que como respuesta a la primera pregunta puede estar influenciada por falta de información oportuna y suficiente en su toma de decisión. Mientras que en el segundo caso el paciente que requiere de un trasplante puede obedecer a condiciones multifactoriales y no sólo a una conducta social y médicamente desaconsejables.



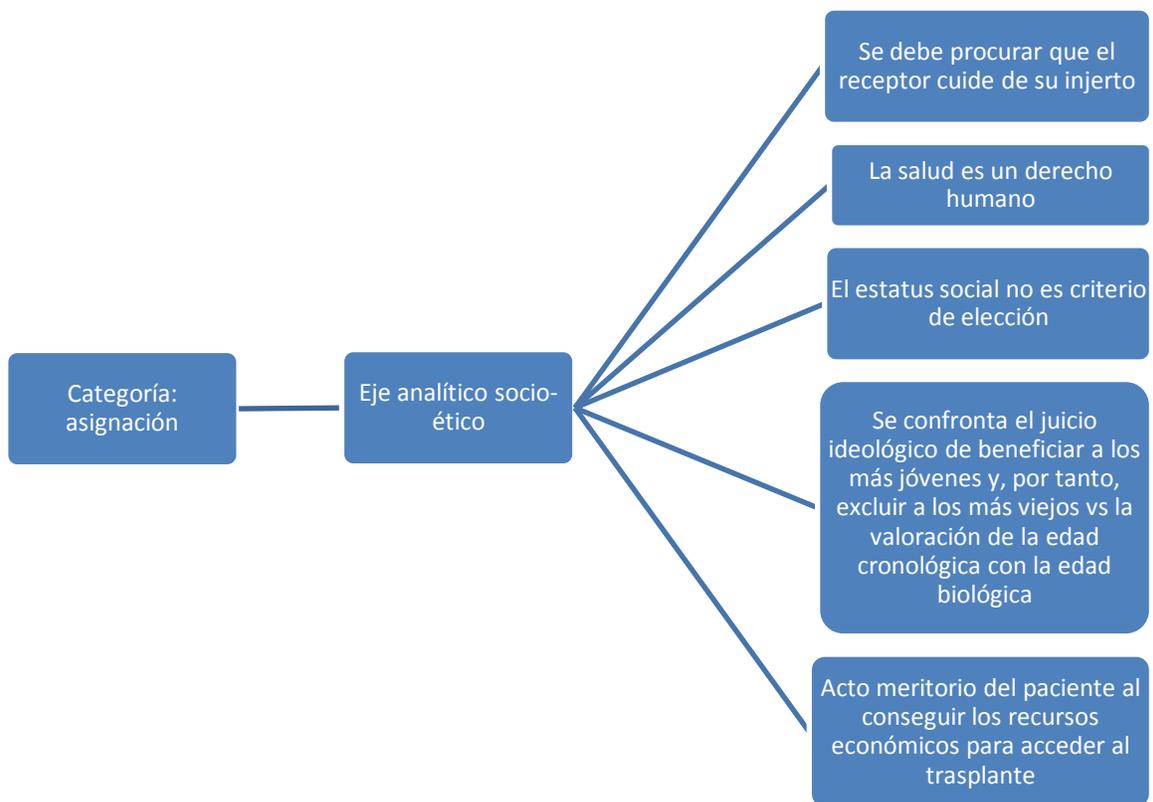
Cuadro 30. Categoría de asignación ético-legal.

Comentario a la categoría socio-médica. En el ámbito socio-médico, la toma de decisión para la asignación está enfocada en que el paciente vuelva a ser productivo tanto en la esfera personal como en la social, de tal manera que el costo-beneficio biológico también se vuelve social.



Cuadro 31. Categoría de asignación socio-médica.

Comentario a la categoría socio-ética. Finalmente, en el eje analítico socio-ético se evidencian múltiples aspectos y considero que todos ellos son relevantes. En lo concerniente al paciente, si bien puede considerarse vulnerable en su calidad de enfermo o convaleciente (invocando el derecho a la salud), también debe ser responsable del cuidado de su injerto. Además se hace notar el mérito de que éste no se conforme con sus condiciones socioeconómicas desfavorables (criterio circunstancial) para el trasplante, cambiándolo a un criterio aceptable como candidato final a trasplante. Por último, aquí se evidencia el juicio ideológico de la valoración de la edad, entre preferir a los jóvenes sobre los viejos vs preferir la viabilidad fisiológica frente a la cronológica.



Cuadro 32. Categoría de asignación socio-ética.

### Criterios bioéticos en la investigación de campo

Una vez presentadas las categorías y los ejes analíticos que las justifican, presento su interpretación como criterios bioéticos de asignación. Entendiendo que los criterios de pre-asignación están íntimamente relacionados con los criterios de asignación. Ambos criterios obedecen a un mismo proceso aunque con la diferenciación del orden en la toma de decisión ya que sí tiene implicaciones distintas al momento de su discusión como más adelante mostraré.

## Criterios bioéticos de pre-asignación:

Utilidad biológica del órgano (coste-efectividad de la mejor expectativa de sobrevida del injerto)	Edad cronológica y fisiológica (coste-efectividad de la mejor expectativa de sobrevida del paciente)	Proceso de donación confiable y lícito (transparencia y legalidad)	Cultura de donación solidaria (tiene contrasentido moral a la donación condicionada, sin embargo, ésta sí se practica en la población)
--	--	--	--

Cuadro 33. Criterios bioéticos de pre-asignación.

## Criterios bioéticos de asignación:

Utilidad biológica del órgano y del paciente (paridad de edad, urgencia y mejor condición fisiológica)	Orden de llegada a la lista de espera	Evaluación social (derechohabencia, evaluación socioeconómica y psicológica, distancia geográfica)	Capacidad de responsabilidad del paciente sobre su injerto y tratamiento postrasplante
--	---------------------------------------	--	--

Cuadro 34. Criterios bioéticos de asignación.

## Características de códigos de los protocolos

Analicé 7 de los 10 documentos solicitados a los participantes de la investigación de campo (miembros de Comités Internos de Trasplantes). Se hizo la petición del protocolo de asignación renal<sup>110</sup> de su hospital obteniendo 2 de institución pública, 2 de institución privada y 3 de seguridad social.

Segmenté la información con base en la identificación de códigos implementados en los cuestionarios y las entrevistas. Confronté las categorías con los códigos de los protocolos buscando coincidencias. En caso de encontrarlas, se confirma la congruencia entre la teoría y la práctica en la asignación. Si no se encuentran, se resaltan cuáles son las diferencias. En ambos casos, el antecedente último de convergencia/divergencias remite al análisis de la o las perspectivas bioéticas en juego, además de remitirse a los antecedentes generales de asignación (normativa y perfil sociodemográfico).

## Criterios bioéticos identificados en los protocolos

Identifiqué las coincidencias que había en los protocolos tomando como referencia las dos categorías producto de las entrevistas y cuestionarios, también consideré los tópicos de “calidad de vida” y “adulto mayor” para no descartar criterios emergentes en la interpretación de los resultados. Hubo coincidencia de la categoría pre-asignación y asignación, además de un criterio emergente en la categoría de pre-asignación. Los resultados son los siguientes:

---

<sup>110</sup> La petición fue hecha en algunas ocasiones por el CENATRA, otras por los participantes que me contactaron con otros participantes o de manera personal. Se obtuvieron distintos documentos: un “Protocolo de TR” [documento usado en dos hospitales]; un “Procedimiento de referencia al TR, protocolo de estudio, valoración clínica de donador vivo y del receptor, y criterios para la contra-referencia”; una presentación power point sobre “Protocolo de TR”; una publicación sobre el sistema implementado; [la revisión dentro del hospital de] “Protocolo de trasplante simultáneo riñón-páncreas” y, un “Manual de TR”.

## Categoría: pre-asignación

Criterio de coste-efectividad de salud (edad cronológica y fisiológica)	Criterio de transparencia (proceso de donación-trasplante confiable y lícito)	Criterio de solidaridad (cultura de donación)	Criterio emergente de equidad (igualdad de oportunidades)
---	---	---	---

Cuadro 35. Categoría: pre-asignación.

## Categoría: asignación

Criterio de coste-efectividad del órgano y del paciente (utilidad biológica del órgano y del paciente)	Criterio de evaluación social (viabilidad social, económica, psicológica y geográfica)	Capacidad de responsabilidad del paciente de su injerto y tratamiento (capacidad de otorgar el consentimiento informado)
--	--	--

Cuadro 36. Categoría: asignación.

## 2.4 Interpretación

En el apartado anterior, el proceso analítico de la triangulación de métodos me permitió evidenciar por medio de las categorías de pre-asignación y asignación los criterios bioéticos implementados en la asignación de riñón. En este apartado hago una comparación de cuáles criterios propuestos por Ángel Puyol coincidieron con los criterios de mi investigación, los resultados los presento según las categorías implementadas para una mejor exposición<sup>111</sup>.

Criterios de coincidencia con la propuesta de Puyol:

Pre-asignación:

a) Capacidad de pago (Puyol) / Evaluación social (Investigación).

¿Por qué y cómo coinciden? En la categoría de pre-asignación, la capacidad de pago es parte de la evaluación social confirmada en la triangulación de métodos.

Ejemplo de la entrevista A9, características de vulnerabilidad:

Obviamente en pacientes de bajo nivel socioeconómico que de repente tú les hablas y les dices que tienes el órgano disponible y te dicen que no tienen ni un solo peso para transportarse para el hospital o para cubrir los medicamentos o los insumos necesarios para cubrir la cirugía y pues te ponen en una posición muy difícil. En el que pues el órgano es para esa persona pero si no tienen ni un peso pues es difícil lograrlo.

Ejemplo del cuestionario A3, caso 1:

Entonces yo pensaría por ejemplo, si alguno de estos pacientes tiene una buena red de apoyo familiar, tiene una valoración de vivienda acorde a los requisitos que se piden para una recuperación de trasplante de 3 meses aislado, etc., y tiene acceso a seguridad social o en su defecto tiene recursos económicos para solventar su tratamiento yo se lo daría a ese.

En el protocolo A6, se solicita el estudio de trabajo social.

---

<sup>111</sup> Introduciré algunos fragmentos de las entrevistas como parte de una contextualización de los resultados empíricos y su relación con la teoría. No ahondaré en los datos de los entrevistados porque podría mermar la confidencialidad de los participantes ya que el universo de los comités es pequeño.

El criterio de asignación como capacidad de pago según Puyol es un criterio injusto, sin embargo, permite que la contribución económica mejore el acceso a los recursos limitados. Por tanto, no queda fuera de contemplarla como criterio justo de priorización. El acceso al tratamiento de trasplantes con finalidad terapéutica en México, tiene escasez no sólo en los órganos sino en la infraestructura y personal. En el siguiente capítulo ahondaré sobre las implicaciones de este criterio en México.

Asignación:

b) La capacidad de beneficiarse del tratamiento médico (Puyol) / Coste-efectividad de salud (Investigación).

¿Por qué y cómo coinciden? Prima la eficiencia global de la salud, esto es recurrente en valorar no sólo la edad fisiológica sino también la cronológica, la expectativa del beneficio médico y social, debe de ser considerablemente mayor a su perjuicio. Aspectos que podrían ser engañosos sólo considerando la edad cronológica.

Ejemplo de la entrevista A11, en el tema de la edad como criterio de asignación:

Insisto, no es tanto la edad sino que tratamos de que se respete la lista independientemente de si es un adolescente o un adulto mayor. Es más que nada la prioridad en cuando a su estado de salud. Puede ser un joven de 18 años el que esté en primer lugar, que sea compatible con el probable órgano receptor pero que tenga algunos otros agravantes en su estado de salud en este momento. Entonces aunque la persona que le siga tenga 50 años si está en mejores condiciones a él se le tendrá que asignar. Entonces tiene mucho que ver el estado general del paciente en el momento que se va a tomar la decisión.

Ejemplo del protocolo A10, en el tema de situaciones especiales:

Edad avanzada. La edad avanzada (>65 años) por sí sola no es contraindicación para el trasplante, sin embargo los pacientes en protocolo deben de tener una sobrevida razonablemente mayor al tiempo que estarán en espera del trasplante. En estos pacientes debe de realizar[se] una meticulosa evaluación, haciendo énfasis en la búsqueda de enfermedad cardiovascular, gastrointestinal, neoplásica o infecciosa oculta.

c) La capacidad de beneficiarse del tratamiento médico (Puyol) / Coste-efectividad del órgano y del paciente (Investigación).

¿Por qué y cómo coinciden? La eficiencia biológica del órgano y del receptor fue la coincidencia más marcada en la triangulación de métodos, este criterio identificado preponderantemente en el eje analítico médico tiene injerencia en el resto de los ejes, ya que la utilidad tiene repercusión positiva en lo económico, en los recursos escasos, en la eficiencia del programa de trasplantes, etc. El costo-beneficio se identifica claramente en la paridad de edad del donante-receptor, la urgencia y la mejor condición fisiológica entre los potenciales receptores<sup>112</sup>.

Ejemplo de protocolo A11:

La realización del trasplante renal en situación de prediálisis [...] conlleva mejores resultados tanto en la supervivencia del paciente como del injerto comparativamente con los pacientes que llevan tiempo en tratamiento sustitutivo renal o esperando en la lista de trasplante renal cadavérico.

Los criterios bioéticos para la asignación de riñón (resultado de mi investigación) en la pre-asignación, son los relacionados con la evaluación social; mientras que en la asignación, los criterios son los de coste-efectividad de la salud y el coste-efectividad del órgano y del paciente. Este nivel de abstracción como criterios bioéticos lo analizaré y

---

<sup>112</sup> Véase este ejemplo de la entrevista A2:

Yo creo que los programas de trasplantes y los CIT debemos estar preocupados por tratar de trasplantar al mayor número de pacientes posible en el menor tiempo posible con la mayor expectativa de vida para el paciente y del injerto posible, esa es la condición ideal". [...]Entonces, eso es muy complejo de definir la utilidad de un trasplante en una población determinada. Sin embargo, pues bueno, sí hay parámetros médicos que pueden establecer la condición de salud o la condición general de ese paciente en el momento de trasplantarse. Las complicaciones derivadas por la insuficiencia orgánica que ha tenido, la calidad, que así le llamamos, del injerto que se va a trasplantar y finalmente, las condiciones alrededor del trasplante que permiten predecir si no va haber complicaciones, si va a tener una buena expectativa de vida ese paciente. De tal forma que yo sí pensaría que: 1) trasplantar al mayor número de pacientes, 2) en el menor tiempo posible, o sea, que no esperen mucho tiempo el trasplante y, 3) que una vez que son trasplantados, ese paciente, su expectativa de vida se alarga con una función del injerto también prolongada. Porque en los programas de trasplante no sólo debemos perseguir deber hacer, o sea, nuestra función no sólo debe de ser, hacer mayor número de trasplantes sino tener mejores resultados, esa debe ser la prioridad y al tener mejores resultados creo que implica que tomemos mejores decisiones en la asignación de órganos sin perder de vista los principios de justicia, equidad, equilibrio, beneficencia, en fin, respetando todos los principios básicos de la atención de un ser humano, ¿no? Pero creo que sí eso debe estar bien enfocado.

desglosaré en el siguiente capítulo con las perspectivas filosóficas correspondientes a su naturaleza.

## CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN

### 3.1 De vuelta a la ética

Con el marco teórico y la investigación cualitativa pude dar cuenta del estado de la cuestión teórica y una perspectiva de la práctica de la asignación de riñón enfocado al adulto mayor. En este capítulo, daré un giro del trabajo inductivo de la investigación cualitativa al análisis deductivo<sup>113</sup>. Los resultados preliminares hasta ahora presentados, los usaré para analizar los criterios bioéticos y resultados emergentes relevantes para la investigación. Debido a que este capítulo está enfocado a resaltar los aspectos éticos en juego, denominaré como bioética-filosófica a la perspectiva de análisis filosófico en la bioética. Esta perspectiva justificará la pregunta ¿qué criterios bioéticos de asignación de riñón implementan los CIT en la práctica para la selección del adulto mayor?

Las perspectivas éticas elegidas son acordes a los criterios implementados por los comités de acuerdo a la investigación de campo y protocolos analizados. Abordaré para este trabajo como perspectivas básicas de análisis el utilitarismo y el deontologismo, mismas que son recurrentes en las investigaciones teóricas-filosóficas sobre el tema de trasplantes mas no las únicas; perspectivas como la ética de la virtud, ética narrativa o contractualismo, son ejemplos de propuestas alternativas. En la ética es clásica la contraposición entre las dos teorías normativas elegidas: el utilitarismo se guía por las

---

<sup>113</sup> Beauchamp y Childress exponen de manera clara la diferenciación de los modelos de justificación operativa en la teoría ética: ductiva, inductiva e intermedia. En: Beauchamp, Tom y Childress, James. 2002. *Principios de ética biomédica*. Masson, Barcelona (Traducción de Teresa Gracia).

posibles consecuencias de las tomas de decisión, el deontologismo se rige por el deber previo a la acción<sup>114</sup>.

### 3.1.1 Bases generales del utilitarismo

En las bases generales del utilitarismo<sup>115</sup> como teoría moral se plantean tres requisitos:

- 1) Un criterio del bien o mal
- 2) El imperativo moral de la maximización del bien
- 3) La evaluación de los actos morales a través del consecuencialismo<sup>116</sup>.

Esta perspectiva merece un par de consideraciones: a) lo justo está adecuado a principios universales de bienestar comunitario y, por tanto, no se consideran los casos particulares de bienestar; b) el agente moral tiene un papel neutral e impersonal, dejando de lado la pluralidad de la identidad de las personas. Estos dos aspectos también constituyen una fortaleza de la teoría en tanto promueven la objetividad, la imparcialidad y la promoción del bienestar social.

---

<sup>114</sup>Una referencia importante es la definición de “utilitarismo” y “deontologismo” en Canto-Spenber, Monique. 2001. *Diccionario de ética y de filosofía moral*. Fondo de Cultura Económica, México. Por otra parte, hay algunos textos que también las incluye en el tema de trasplantes, una de ellas es la perspectiva de Palazzani, Laura. 2008. “Criterios bioéticos para la selección de paciente en la distribución de órganos”, en: López, María Teresa y Velayos Carmen (editoras). *Educación en bioética. Donación y trasplante de órganos*. Ediciones Universidad de Salamanca, España; donde se expone la perspectiva liberal y utilitarista en la distribución de órganos, centrandó su exposición con una perspectiva personalista. Otra perspectiva relevante es de Omar, Faisal 2011. *Just waiting: Ethical challenges in priority setting Posed by organ scarcity in kidney transplantation*. Linköping University, Department of Medical and Health Sciences, Health and Society, Linköping. Finalmente, la comparativa que expone Eduardo Rivera constituyó la referencia más adecuada a los objetivos de mi investigación, en Rivera López, Eduardo. 2001. *Ética y trasplantes de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica, México.

<sup>115</sup> Las diferenciaciones entre el utilitarismo clásico y contemporáneo y la discusión de las distintas vertientes que se han generado de ellas puede consultarse en: Canto-Spenber, Monique. 2001. *Diccionario de ética y de filosofía moral*. Fondo de Cultura Económica, México, pp. 1633-1634.

La siguiente bibliografía también han servido a la construcción de los requisitos mínimos en la teoría utilitarista: Rivera López, Eduardo. 2001. *Ética y trasplantes de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica, México, pp. 23-26.

<sup>116</sup> En “utilitarismo” de Canto-Spenber, Monique. 2001. *Diccionario de ética y de filosofía moral*. Fondo de Cultura Económica, México, pp. 1633-1640.

Hay un punto de vista particular dentro de esta postura que me parece fundamental retomar en el análisis de este capítulo, y es el de Eduardo Rivera<sup>117</sup> en torno a la discusión de la justicia distributiva en los trasplantes. Este autor implementa los criterios del utilitarismo y del deontologismo para el tema de los trasplantes, construyendo una discusión de los criterios de distribución y asignación<sup>118</sup>:

Los criterios no médicos aparecen, al menos en la secuencia lógica, cuando los criterios médicos no alcanzan para distribuir el bien en cuestión, en nuestro caso, los órganos procurados para trasplante. Es decir, no todos aquellos que poseen la indicación médica pueden recibir un trasplante. En este punto aparece el problema de la distribución.

Para solucionar este problema, podemos acudir.... a un enfoque consecuencialista o a un enfoque deontológico (o alguna combinación de ambos)<sup>119</sup>.

Según Rivera la teoría utilitarista en el ámbito de la distribución (y asignación) de órganos considera que:

- 1) “El valor (único) que está en juego al realizar la distribución [y asignación] es el bienestar previsible de los pacientes”<sup>120</sup> en su totalidad.
- 2) El imperativo moral de maximización del bien se traduce en la optimización de los órganos para trasplante en la proyección del bienestar de los pacientes.
- 3) La evaluación de la acción estará basada en la información empírica disponible y aplicada prospectivamente en el bienestar de los pacientes.

---

<sup>117</sup> Rivera López, Eduardo. 2001. *Ética y trasplantes de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica, México.

<sup>118</sup> Esta obra constituyó una fuente básica en mi investigación. Basándose en una investigación sociológica de Schmidt con directivos y trasplantólogos en Alemania, Rivera complementó su disertación filosófica con investigación de campo. Si bien, la obra *Ética y trasplantes de órganos* fue una de mis referencias obligadas en ética de los trasplantes, no fue hasta que cerré la investigación de campo que cobró un sentido relevante para el análisis de estas teorías éticas en mi trabajo.

<sup>119</sup> Rivera López, Eduardo. 2001. *Ética y trasplantes de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica, México, pp. 128-129.

<sup>120</sup> *Ibid.* 129.

Estas tres premisas serán aplicadas a la información que he expuesto anteriormente en esta investigación, pero antes conviene presentar la otra perspectiva ética de valoración que considero importante porque también constituye una respuesta práctica y teórica en el tema de los trasplantes.

### 3.1.2 Bases generales del deontologismo

En las bases generales del deontologismo como teoría moral se restringen o prohíben ciertos actos: “en general, se entiende por ética deontológica la que sostiene que ciertos actos son moralmente obligatorios o prohibidos, sin considerar sus consecuencias en el mundo”<sup>121</sup>. El juicio moral se determina según se satisfagan las obligaciones del agente moral, primando lo justo sobre lo bueno o en palabras de Rivera “una teoría deontológica siempre estará pensando que existe alguna propiedad intrínseca de nuestras conductas que las puede transformar en correctas o incorrectas”<sup>122</sup>.

El deontologismo merece ciertas consideraciones: a) el juicio del acto está mediado por la intención del agente moral. Dicha intención se distingue en directa y oblicua. La primera obedece al fin de una conducta o funge como medio para un fin del acto. La segunda tiene un resultado previsible pero no deseado; b) la valoración entre actuar y omitir tiene una consideración relevante. De tal manera, que lo justo podría implicar omitir un acto para evitar un daño, siempre y cuando el acto vaya orientado a consumir lo que se debe hacer; c) la adhesión de los derechos humanos a esta teoría moral: según Laura Palazzani, “aporta una justificación filosófica de la igualdad entre los seres humanos: todo ser humano, al margen de las diferencias existenciales, tiene la misma dignidad.

Por lo que se refiere a los derechos fundamentales, justicia quiere decir dar a cada ser humano lo que él o ella necesiten ontológicamente, de forma justa y equitativa”<sup>123</sup>. Luego,

---

<sup>121</sup> Canto-Spenber, Monique. 2001. *Diccionario de ética y de filosofía moral*. Fondo de Cultura Económica, México, pp. 388.

<sup>122</sup> *Ibid.*, p., 26.

<sup>123</sup> Palazzani, Laura. 2008. “Criterios bioéticos para la selección de paciente en la distribución de órganos”, en: López, María Teresa y Velayos Carmen (editoras). *Educación en bioética. Donación y trasplante de órganos*. Ediciones Universidad de Salamanca, España., p. 35.

los derechos humanos adquieren una justificación filosófica a través del deontologismo que, dentro de la discusión en trasplantes adquiere un papel fundamental en la dignidad e igualdad de todos los sujetos morales implicados.

Esta breve introducción a los principales rasgos del utilitarismo y del deontologismo ahora servirá de guía para analizar los criterios bioéticos para asignación expuestos en el segundo capítulo.

### **3.2 Criterios de priorización concluyentes**

Ahora toca analizar los criterios bioéticos con las perspectivas éticas correspondientes. Por motivos de exposición, primero justificaré los criterios utilitaristas y después las consideraciones deontológicas.

#### **3.2.1 Criterios Utilitaristas**

El criterio identificado como “Evaluación social / Capacidad de pago” es un criterio utilitarista porque:

1) El bienestar previsible de los pacientes (valor en juego) es la distribución de órganos para trasplante sobre la base de un criterio preponderantemente social (evaluación social). La suficiencia mínima de recursos económicos a través de cierta garantía para la adquisición de la medicación y de la infraestructura en vivienda, el acceso para el traslado a las consultas de seguimiento, así como la red de apoyo para el cuidado del paciente en su etapa más vulnerable, son aspectos que procuran garantizar el éxito del trasplante en el conjunto total de los pacientes (bienestar comunitario).

2) La pre-asignación óptima se refleja en la aceptación institucional o en los protocolos para elegir a los candidatos a trasplante. El criterio de maximización se aplica al éxito del trasplante y, por consiguiente, a la mejora de la calidad y cantidad de vida del paciente, prospectado a través de la satisfacción de los recursos económicos indispensables para el tratamiento de mantenimiento (o postrasplante).

Por tanto, el criterio de la evaluación social se justifica como criterio bioético en la toma de decisión según el punto de vista del utilitarismo.

El criterio identificado como “Coste efectividad de salud / Capacidad de beneficiarse del tratamiento médico” es un criterio utilitarista porque:

1) El bienestar previsible de los pacientes (valor en juego) está en la consideración del beneficio global de la salud proyectado en la mejor expectativa de supervivencia a través del coste-efectividad de la edad cronológica y fisiológica; y el beneficio social a través de la reinserción laboral o proyección de menor dependencia familiar.

2) La distribución óptima se refleja en la maximización del bienestar comparando la cantidad de vida y la calidad de vida previsible. La maximización del bienestar orientada a un balance cualitativo (calidad de vida) guía la toma de decisión hacia una valoración física, emocional y laboral de los pacientes y el bienestar que genere en el colectivo.

Por tanto, el criterio de coste-efectividad de salud se justifica como criterio bioético utilitarista en la toma de decisión.

El criterio identificado como “Coste-efectividad del órgano y del paciente / Capacidad de beneficiarse de los tratamientos médicos” es un criterio utilitarista porque:

1) El bienestar previsible de los pacientes se orienta hacia la eficacia biológica, a través de la información de la paridad de edad (entre donante y potenciales receptores), urgencia<sup>124</sup> y mejor condición fisiológica entre potenciales receptores.

2) La asignación óptima se enfoca en la maximización de la cantidad de funcionamiento biológico beneficioso del órgano y del receptor. Dicha maximización del bienestar

---

<sup>124</sup> La urgencia es entendida como un criterio de exclusión, en el que aun teniendo preferencia (deontológica) por la necesidad inmediata del órgano, la valoración médica determina si el riesgo-beneficio de la salud del paciente favorece o no la elección de éste.

contiene criterios objetivos de estimación, tales como pruebas de laboratorio o equipo médico<sup>125</sup>.

Por tanto, el criterio de coste-efectividad del órgano y del paciente se justifica como criterio bioético utilitarista en la toma de decisión.

Estos criterios bioéticos dan cuenta de la primacía del proceder utilitarista en la pre- asignación y asignación de la toma de decisión de los CIT. Sin embargo, durante la investigación bibliográfica y de campo identifiqué ciertos aspectos que merecen consideración una vez respondida la pregunta de investigación. Pues los criterios deontológicos parecen estar insertados de una manera más sutil pero con la suficiente fuerza de justificación para su exposición que amplían el ámbito de los criterios bioéticos para considerar los candidatos a trasplantes.

### 3.2.2 Consideraciones deontológicas

Los criterios utilitaristas son los que se destacan en la toma de decisión final y el deontologismo se puede identificar (al igual que otros criterios utilitaristas) como criterios explícitos e implícitos en la pre-asignación. Esto es importante porque justifica que la toma de decisión en la asignación final se hace desde la perspectiva utilitarista, mientras que en la pre-asignación se consideran criterios deontológicos.

#### 3.2.2.1 El criterio de orden de llegada

El criterio bioético de orden de llegada o registro a la lista de espera constituye un criterio casi obvio en la asignación y contiene una fuerte implicación de justicia, suele tener una gran aceptación social e institucional. Paradójicamente, este criterio no lo integré a los criterios de priorización concluyentes porque no tuvo la fuerza explícita en el análisis de la triangulación de fuentes. Me pareció oportuno y obligado hacer un breve análisis de las consideraciones éticas de este criterio y su aplicación al contexto mexicano.

---

<sup>125</sup> Ejemplo de ello es la gran ventaja que la “biobomba” que menciona el participante A1 o el propio equipo para identificar la histocompatibilidad, ya que no todos los hospitales que trasplantan cuentan con ella.

Los requisitos mínimos comunes son que los receptores con protocolo aceptado cuenten con la compatibilidad y condición fisiológica mínima aceptable para el trasplante. El momento de la consideración de este criterio es flexible, pues podría usarse como criterio de desempate ante la igualdad de otros criterios. En la primera fase de selección del grupo de potenciales receptores, o incluso no ser considerado debido a que las condiciones médicas de los receptores se redujeron al mínimo y por tanto permitieron que la toma de decisión para la asignación fuera guiada exclusivamente por preceptos médicos.

Ángel Puyol piensa que este criterio no toma en cuenta la gravedad, el sufrimiento o la capacidad de beneficio de los recursos sanitarios, ni las dificultades de los pacientes para acceder a la lista de espera<sup>126</sup>. Por tanto, es un criterio imparcial que necesita ser complementado. Eduardo Rivera, lo identifica como criterio deontológico, ya que funciona como “un dato que otorga derechos a los individuos”<sup>127</sup>.

Coincidiendo con esta perspectiva, incluso al momento de especificar su posible uso como criterio utilitarista si se considera como parte de la determinación del costo-beneficio biológico por el tiempo transcurrido de la enfermedad, consideración que también estuvo presente en las entrevistas, el entrevistado A6 comenta que “no es lo mismo un paciente que no se haya dializado, no se ha hemodializado a un paciente que ya tiene el catéter por 10 años o que ya tiene multitratamiento por hemodiálisis pues el pronóstico va siendo más sombrío [...] Pocos son los pacientes que llegan con nosotros en etapa de pre-diálisis”.

### 3.2.2.2 El criterio de urgencia

Este criterio obtuvo un consenso generalizado como criterio emergente con previo respaldo médico, legal y bioético. En caso de que el paciente presente las condiciones clínicas en las que peligre su vida porque por razones fisiológicas ya no es posible que siga recibiendo tratamiento sustitutivo, entonces pasa a primer lugar en la consideración de un

---

<sup>126</sup> Puyol, Ángel. 2009. “Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad”, *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, 18, pp. 35-36.

<sup>127</sup> Rivera López, Eduardo. 2001. *Ética y trasplantes de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica, México, p. 141.

donante compatible. Este criterio se considera deontológico porque parte del hecho de la necesidad del paciente: si el paciente no recibe un trasplante lo antes posible morirá.

La extraordinaria necesidad de la consideración a la persona que más lo necesita permite que las reglas de distribución le favorezcan. Este criterio es frecuentemente usado en el orden social: los hospitales favorecen los casos de emergencia, los bancos favorecen a los adultos mayores, en el transporte público se favorecen lugares a mujeres embarazadas y personas con discapacidades como ceguera y minusvalías importantes. En el caso del trasplante de riñón, se favorece al paciente que ya no puede seguir teniendo un tratamiento sustitutivo.

Sin embargo, el beneficio no es ciego, el paciente debe de cumplir con ciertos requisitos que garanticen su beneficio, es cuando la compatibilidad y las condiciones mínimas de proyección legal, social y ética entran en juego. Respecto a este criterio quiero resaltar la consideración dual de los requisitos para asignar bajo este criterio emergente. Como ya mencioné en el apartado anterior, la urgencia desde el utilitarismo está enfocada a la maximización de salud comunitaria, por lo que podría ser aplicado como criterio de exclusión.

Desde una perspectiva deontológica, favorecería al paciente que médicamente sea viable (beneficio al paciente) y que cumpla con los requisitos de urgencia previstos. Sin embargo, habría que resaltar que la necesidad del paciente grave puede tener un alto costo para los demás pacientes, porque merma su oportunidad de trasplante.

### 3.2.2.3 El acceso al trasplante y servicios de salud como una oportunidad de mejorar su calidad de vida

Esta consideración se conforma de varios aspectos identificados en los resultados de la investigación de campo, la expongo como una consideración y no como un criterio porque no tuvo la fuerza explícita en la contrastación de las entrevistas y cuestionarios pero sí tuvo una continua presencia en las tres fuentes de datos.

Por una parte, en la pre-asignación, se considera el derecho a la protección de la salud en México o derecho a la salud según la OMS<sup>128</sup> y del paciente como la persona que podría mejorar su calidad de vida si llega a ser receptor del órgano. Dicho derecho promueve la no discriminación, en aspectos como la edad, por la seguridad social<sup>129</sup>, etc.; por otra parte, en la asignación, intervienen los aspectos del riesgo-beneficio global del paciente y su viabilidad médica, esto entendido como una consideración de respeto y beneficio por la persona independientemente del beneficio global.

Este último aspecto merece mayor atención pues podemos preguntarnos, ¿para qué implementar una intervención médicamente invasiva si el paciente no proyecta un beneficio en su calidad de vida?

### **3.4 El adulto mayor**

De acuerdo con el marco médico expuesto en el capítulo uno, los criterios implementados en la asignación enfocada al adulto mayor no tienen una consideración especial relevante, se aboga por la proyección de una calidad de vida y cantidad de vida aceptables médicamente. Sin embargo, en las entrevistas se resalta que en el grupo de personas añosas, por su propia edad, intervienen características de vulnerabilidad. Muestra de esto es la entrevista A3:

Yo creo que los que la tienen más difícil [...], para que se les asigne un órgano y en los que es un poco más complicado, [...] son los pacientes de edad más avanzada. Hay como cierta tendencia a preferir receptores jóvenes porque tienen menos complicaciones, su padecimiento lleva menos tiempo, generalmente tienen menos enfermedades agregadas, una historia menos complicada de su padecimiento.

---

<sup>128</sup> Nota descriptiva en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

<sup>129</sup> En las entrevistas, se manifestó la necesidad del acceso al trasplante como no discriminatorio por no tener seguridad social, así como la de no negar dicho acceso si antes el paciente negó la donación de un familiar. Por otra parte, se manifestó de manera generalizada la necesidad de recursos de todo tipo en instituciones de seguridad social. La protección de la salud es un derecho en México que contiene muchos aspectos sociales a considerarse.

Por otro lado, en algunos hospitales se han constituido grupos de receptores adultos mayores<sup>130</sup>, su objetivo general obedece a la consideración de similitud o paridad de edad al momento de la asignación: receptores con características de vulnerabilidad fisiológica podrían obtener órganos que por la edad cronológica (y no necesariamente fisiológica) tendrían una paridad funcional. Esto obedece a un criterio utilitarista que busca maximizar la utilidad biológica y cronológica de los órganos.

Por otra parte, la edad cronológica es secundaria frente a la edad biológica cuando se antepone la valoración fisiológica de los potenciales receptores en la toma de decisión para la asignación de recursos escasos<sup>131</sup>. El adulto mayor sigue constituyendo un grupo de pacientes visibles cuyas consideraciones no son tan claras o precisas en el conjunto de los comités, las entrevistas, como más adelante expondré, habrá algunos aspectos ambiguos.

Fernando Lolas plantea en *Bioética y antropología médica*<sup>132</sup> una serie de consideraciones sobre el adulto mayor desde una perspectiva cualitativa. Lolas indaga el sentido y el significado de la vejez y la importancia de que las ciencias sociales y humanidades investiguen sobre ella. El sentido de la vejez es personal, mientras que el significado del envejecimiento es social.

La vejez entendida como un proceso del ciclo vital puede constituir tanto una etapa como un decaimiento indeseado e inevitable. La reflexión ética como “pensamiento central de la bioética” es necesaria en este tema. Lolas, utiliza las categorías del pasado, presente y futuro para iniciar una reflexión sobre el sentido y significado de la vejez. El presente de los adultos mayores como proceso y como ciclo vital es heterogéneo, sin embargo, parece haber un generalizado menoscabo de la opinión del propio adulto mayor y, por tanto, de su autonomía.

---

<sup>130</sup> Como es el caso del hospital del participante A1.

<sup>131</sup> En el cuestionario implementado, el caso 2, 4 de 9 lo asignaría al paciente más joven pero con patología agregada, 2 de 9 lo asignaría al adulto mayor sin patología agregada y 3 de 9 mostró incertidumbre en la toma de decisión. Véanse los cuadros 16 y 17.

<sup>132</sup> Lolas, F. 2000. *Bioética y antropología médica*. Editorial Mediterráneo, Chile.

“El presente en la vejez, hoy es de crucial importancia para la reflexión ética. Nunca antes hubo una coexistencia tan marcada de personas en edades extremas de la vida [...] El diálogo transgeneracional así posibilitado es fuente de desafíos de todo orden: económicos, políticos, organizacionales, morales. Los viejos del presente –sobre todo de nuestro presente latinoamericano- no saben aún cómo comportarse”<sup>133</sup>.

Ejemplo de ello son los servicios de salud y la autopercepción que puede tener el adulto mayor respecto a su uso. ¿Es viable ser candidato a trasplante en la vejez?, no sólo por las condiciones de merma fisiológica propia de la edad sino también por condiciones culturales en la que se vive y se incita. Lo que Ángel Puyol denomina como priorización a quienes padecen una mayor desigualdad de salud o lo que Eduardo Rivera expone como criterio de edad en un criterio de racionamiento utilitarista.

A todo esto, dicha simulación podría llegar a ser real en nosotros mismos y en las próximas generaciones, lo cual nos obliga a pensar y actuar sobre el envejecimiento como sentido y como significado. No sólo en sus aspectos objetivamente evidentes, sino también como realidades implícitas.

“La medicina no puede generar significado para la vida. Mas, correctamente empleada, puede evitar el sinsentido”<sup>134</sup>. El papel de la medicina podría estar inclinado hacia el cuidado; entendida como una medicina proactiva, que se va configurando a través de los expertos y quienes la necesitan o podrían hacer uso de ella. Otro papel de la medicina es como curación o intervención, como medicina reactiva que actúa en respuesta a ciertas demandas. El primer tipo de medicina se configura mediante tres guías: 1) lo factible, “de lo que es apropiado hacer según las normas del arte” (la técnica), 2) lo bueno, “de lo que beneficia a los cultores del arte” (personas) y, 3) lo justo, “de los socialmente deseable o aceptable”<sup>135</sup>. Por tanto, la medicina proactiva es la práctica médica que permite un acercamiento dinámico, participativo e incluyente.

---

<sup>133</sup> *Ibid.*, p. 118.

<sup>134</sup> *Ibid.*, p. 120.

<sup>135</sup> *Ibid.*, p. 212.

“Como todo valor, la calidad de vida, además de subjetiva estimación, está incluida por los cánones y patrones y modelos de la cultura en la que se explora. Depende de las expectativas [sociales e] individuales”<sup>136</sup>. Es conocida la estimación de calidad de vida QALY<sup>137</sup> desde la perspectiva utilitarista<sup>138</sup>, sin embargo, Lolas (a través de una ética de la virtud) hace notar que aun con estadísticas, datos poblacionales y evaluaciones subjetivas, dicha estimación quedaría incompleta. La calidad de vida enfocada al adulto mayor hace pensar que la vejez constituye sólo una etapa en el proceso de la vida y, si se hace énfasis en esta etapa es para fines analíticos y no de segregación.

Pensar en la calidad de vida de los adultos mayores, en las obligaciones sociales hacia ellos (que al final de cuentas es una proyección hacia nosotros mismos) permite pensar en un abanico de opciones que lo fundamenten como obligación. Lolas expone tres de ellas: la necesidad, la reciprocidad y la solidaridad, esta última es la más viable y es entendida como solidaridad horizontal a través del nepotismo, o como solidaridad vertical, a través de una regulación Estatal. Sin embargo, aun cuando la obligación social de solidaridad se satisficiera, quedaría por resolverse el tema de la equidad, cuidando de la dignidad humana y respetando los derechos del adulto mayor, sin olvidar que constituye un grupo heterogéneo que conlleva costos económicos: “la alusión al comportamiento económico debe recordarnos que entre lo deseable, lo posible y lo factible está lo razonable”<sup>139</sup>. Así, el cuidado del adulto mayor no podría basarse en la universalidad de la gratitud de la propia familia, porque incluso algo tan elemental como los recursos económicos de cada núcleo familiar podría ser un factor de ruptura para integrarlo como una práctica generalizada.

---

<sup>136</sup> *Íbid.*, p. 121.

<sup>137</sup> Del inglés *quality adjusted life year*. Constituye un indicador sintético de salud basado en la calidad-cantidad de vida de los individuos, producto de una intervención sanitaria. Este indicador es perfectamente compatible con el criterio “Coste efectividad de salud / Capacidad de beneficiarse del tratamiento médico” desarrollado en el apartado 3.2.1 *Criterios utilitaristas*.

El artículo “Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud” de Nelson Alvis y María Valenzuela muestra de manera sintética qué son, cómo funcionan y cuándo se utilizan los QALYs y los DALYs.

Revista médica de Chile, vol. 138, suplemento 2. Santiago de Chile, septiembre de 2010 en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001000005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000005)

<sup>138</sup> Véase el criterio ético de priorización en la página 47.

<sup>139</sup> Lolas, F. 2000. *Bioética y antropología médica*. Editorial Mediterráneo, Chile., p. 125.

Algunos elementos para la discusión ética del tema son los que Lolas<sup>140</sup> identifica como: 1) la naturaleza demográfica; 2) la longevidad y la demanda de servicios que lo conlleva y; 3) la concientización de los derechos de los adultos mayores. Habría que destacar que en la naturaleza demográfica en México la esperanza de vida promedio es de 75 años, la edad mediana es de 26 años, pero al mismo tiempo cuenta ya con un proceso de envejecimiento.

En la demanda de servicios de los adultos mayores en México, la dependencia económica está incrementándose en los adultos mayores y la necesidad de servicios de salud está cubierta aproximadamente en un 60% por seguridad social. Mientras que el 40% restante tiene que ser resuelto por familiares o ellos mismos. La insuficiencia renal ocupa el 9° lugar de causa de muerte en esta población (sin olvidar que esta cifra podría estar permeada por causas de muerte multifactorial). La concientización de los derechos humanos es un aspecto que está fuera del alcance del análisis del perfil sociodemográfico expuesto en el primer capítulo, pero mencionaré ese aspecto en la investigación de campo para ahondar brevemente en ellas.

En la entrevista A9, a través del ejemplo de asignación de un donante cadavérico de 20 años a dos posibles candidatos, uno de 70 años y otro de 18 años. Se consideró que asignarlo al de 70 implicaría que el injerto tuviera más expectativa de vida que la del propio paciente. Luego, se preferiría al de 18 años por la expectativa de vida del paciente, la función y sobrevivencia del órgano: “el beneficio o la utilidad que se obtiene de ese órgano se maximiza y esa es la finalidad de incluir las diferencia de edades para que queden dentro de edades similares”. La variable de la diferencia de edad tiene justificación en la paridad de beneficio del trasplante. La expectativa de una eficiencia médica y orgánica (racionalismo utilitarista) permea el ideal del derecho a la protección de la salud. Esto entendido como beneficios esperados hacia el paciente y no de la maximización de la vida útil del órgano. En todo caso, la edad debería ser explicitada como criterio de asignación (distributivo) y no como criterio médico.

---

<sup>140</sup> Véase Lolas, F. 2000. *Bioética y antropología médica*. Editorial Mediterráneo, Chile., p. 131

En la entrevistas A5 se confronta un juicio ideológico frente a una ponderación de la edad cronológica y biológica: “A veces decimos, -bueno, ya es adulto y no necesita realmente el trasplante y hay que dar beneficio a los jóvenes- pero no necesariamente porque una cosa es la edad cronológica y la otra es la edad biológica”. El entrevistado hace una diferenciación entre las expectativas sobre los pacientes y el beneficio médicamente objetivo, esto es, la valoración fisiológica actual con miras a su proyección con el trasplante.

En la entrevista A2 se refuerza la posibilidad de que los adultos mayores ingresen más deteriorados al programa de trasplante que los pacientes jóvenes, debido a que: a) se les recomienda ingresar al protocolo de trasplante tardíamente; b) son atendidos por médicos sin experiencia que niegan la posibilidad del trasplante por su edad cronológica, c) falta de soporte familiar.

Las circunstancia “b” da cuenta del imaginario negativo que permea al personal sanitario, posiblemente de la falta de sensibilidad por considerar al paciente como una persona con derecho a mejorar su calidad de vida y no sólo como un paciente que promueva el mayor beneficio global de salud.

En países como México, la vejez es exaltada en la retórica pero en la práctica es una etapa vivida en el abandono, la supuesta solidaridad se torna un discurso ambiguo: “la mayor demanda de servicios asistenciales en la edad propecta suele aparecer como un lastre para los rendimientos societarios”<sup>141</sup>.

Esta dinámica de exclusión por la edad a ciertos servicios médicos se refuerza por los propios profesionales de la salud, Miriam Le Sommer-Péré menciona que “los profesionales poco preparados para abordar la complejidad de las situaciones enfrentadas con sus mayores, [...] hacen fracasar los protocolos de intervenciones estandarizados [...] la proximidad de la muerte no puede ser excluida y el pronóstico para decidir la intensidad de los tratamientos [...] obliga a los profesionales a una reflexión acerca de sus prácticas

---

<sup>141</sup> *Íbid.*, 134.

(empeño/abandono terapéutico, cantidad/calidad de vida)”<sup>142</sup>. Por tanto, Sommer también aboga por una participación en conjunto, sociedad y expertos, profesionales y usuarios.

En el caso particular de la Ciudad de México, se han plasmado algunas concepciones de los expertos hacia el adulto mayor en la asignación, sin duda, hace falta saber la voz de los propios mayores y sus familiares. Esta otra cara de la moneda podría aportar una visión más inclinada a la demanda social y ética que refiere el principio 9 de los *Principios Rectores* de la OMS o la aplicación de los 4 principios bioéticos del *Documento de Aguascalientes*. Los dilemas que plantea el acceso al tratamiento oportuno y equitativo de atención médica vs. tratamiento médicos de alto costo; y escasos recursos ante una gran demanda vs. condiciones que aseguren la equidad en el acceso al trasplante. Todo esto ocurre en la sociedad de América Latina que por una parte ha incrementado su cantidad de trasplantes, pero por otra participa en una pluralidad de condiciones.

En cuanto al aspecto legal, no hay un reparo específico por el adulto mayor como grupo de edad. Sin embargo, en los documentos internacionales de consideración bioética podrían retomarse algunos aspectos si se considera al adulto mayor dentro del grupo de pacientes vulnerables a discriminación, y cuya dignidad y derechos humanos son protegidos por los *Principios Rectores* y el *Documento de Aguascalientes*, mientras que a nivel nacional, el artículo 4° de la CPEUM avala el derecho a la protección de la salud.

El criterio de la edad (independientemente de si es o no un adulto mayor) merece una consideración especial por razones expositivas. Presentaré un caso paradigmático proveniente de una entrevista e iré analizando qué criterios bioéticos hay en juego y qué razones lo orientarían hacia una resolución deontológica o utilitarista.

Caso<sup>143</sup>: Donador mayor de 55 años. Potenciales receptores: 60% menores a 40-35 años de edad, y dos receptores mayores de 55 años de edad. Teniendo compatibilidad por

---

<sup>142</sup> Canto-Spenber, 2001. *Diccionario de ética y de filosofía moral*. Fondo de Cultura Económica, México, p. 1650.

<sup>143</sup> Entrevista A2.

grupo sanguíneo y pruebas cruzadas, se debatió en el CIT bajo qué criterio final asignar los órganos: por paridad de edad o por orden en la lista de espera.

Desde un punto de vista utilitarista, los receptores más jóvenes podrían ser médicamente más aptos al trasplante por razones médicas de mayor éxito en la intervención quirúrgica y tratamiento inmunosupresor. Por otra parte, los receptores de mayor edad prospectan una menor expectativa de vida y una menor cantidad de años de uso del órgano.

Sin embargo, la razón de mayor peso se orientaría por la valoración biológica de los receptores, ya que la edad cronológica puede no coincidir con la biológica minimizando las expectativas de beneficio. Por tanto, la toma de decisión para asignar órganos a los receptores estaría fuertemente determinada por la maximización del beneficio biológico, aun cuando la edad cronológica también proporciona datos para la estimación del mismo (constituyéndose este último un criterio secundario).

Considerar el orden de la lista de espera puede adquirir dos matices: la perspectiva utilitarista abogaría por una estimación del deterioro biológico de acuerdo al tiempo de registro en la lista de espera (más tiempo, más deterioro); la perspectiva deontológica abogaría por un criterio de igualdad de oportunidades al trasplante. El tiempo de registro en la lista de espera constituiría la misma consideración de merecimiento entre los pacientes a trasplantes, por este motivo se eliminan discriminaciones injustificadas por la edad.

Ambas perspectivas contienen criterios válidos. Desde mi perspectiva, el beneficio biológico puede obedecer a su maximización desde una postura utilitarista, pero también a una postura deontológica si se le entiende como respeto a la dignidad de la persona, procurando su bienestar (y no maleficencia), considerando la intencionalidad del beneficio hacia la persona y no como parte de un colectivo.

### 3.5 Modelo de selección en el adulto mayor

Después del análisis de los resultados, consideraré los elementos para un arquetipo del proceso de asignación de riñón enfocado al adulto mayor en México. En el presente apartado retomaré las características más significativas desarrolladas hasta el momento para plantear una estructura de justificación bioética con su respectiva discusión. Me pareció oportuno seguir los criterios del Libro de códigos<sup>144</sup> para su diferenciación.

Cabe recordar que los pacientes pasan por un proceso de evaluación a través de un protocolo, después pasa a valoración del CIT y finalmente se dictamina el caso. Si se aprueba el caso, el paciente es registrado en la base de datos, comúnmente llamada lista de espera. Si no aprueba, se remite con su médico tratante, ya sea para una próxima evaluación o para un tratamiento alternativo.

#### Perspectiva médica

En la pre-asignación se considera:

- 1) Las condiciones del órgano de preservación fisiológica en el proceso donación-trasplante<sup>145</sup> (catalogándose como órgano óptimo y sub-óptimo o marginal).
- 2) Aprobación de las condiciones clínicas y pruebas de laboratorio y gabinete de los candidatos a trasplante. Si bien, cada comité presenta ciertas especificaciones en este rubro, sí podría generalizarse una promoción de la mayor expectativa funcional del injerto (compatibilidad y menores patologías agregadas) con el menor de los perjuicios o riesgo aceptable (patología agregada). Estas condiciones cumplen parte de los beneficios esperados para salvar la vida del paciente y recuperar la función perdida del órgano.

---

<sup>144</sup> Véase el apartado 2.2 *Metodología*, pp. 49-59.

<sup>145</sup> Las condiciones de infraestructura son fundamentales en esta consideración. La ventaja de la “biobomba” que manifestó uno de los entrevistados permite una preservación fisiológica del órgano, no disminuyendo la funcionalidad biológica del órgano e incrementando la expectativa de éxito del trasplante.

En la asignación se considera:

3) La compatibilidad donante-receptor. Cabe destacarse la importancia de la técnica y avances médicos en el que algunos casos las restricciones absolutas han cambiado a restricciones relativas, incluso, han podido dejar de ser médicamente relevantes. Actualmente se han abierto fronteras en casos de hipersensibilización y algunos casos de incompatibilidad (ABO).

4) La actualización de algunos estudios sobre las condiciones clínicas, pruebas de laboratorio y gabinete de los candidatos a trasplante, debido a que las condiciones fisiológicas pudieron haberse modificado después de los últimos resultados.

5) El criterio de los beneficios esperados puede llegar a ser complejo por su naturaleza prospectiva, por su amplitud de aplicación y por la subjetividad de su juicio. Sin embargo, su implementación es básica en la asignación. Los beneficios esperados tienen una fuerte implicación médica porque están enfocados en salvar la vida del receptor y recuperar la función perdida del órgano. Por tanto, buscan mejorar la calidad de vida del candidato a trasplante. Desde esta perspectiva puede justificarse el criterio de paridad de edad como criterio médico de asignación.

Perspectiva legal

En la pre-asignación se considera:

1) Que el candidato a trasplante no transgreda la normatividad mexicana. Se hace un importante énfasis en la necesidad y justificación médica del trasplante (punto 2 de la perspectiva médica). La prohibición de la compra-venta de órganos en México es uno de los ámbitos más vigilados.

2) Se protegen los derechos de los involucrados en los procesos del trasplante<sup>146</sup>. El receptor cuenta con el derecho humano de la protección de la salud, la priorización de pacientes por criterios médicos y secundariamente el registro a la base de datos; un reglamento en el que se justifica la selección del receptor entre lo que cabe resaltar el consentimiento informado, dicho documento es fundamental como respaldo legal y como proceso de información y toma de decisión del receptor o representante legal.

3) Los órganos para trasplante constituyen un bien social. La LGS dictamina que en caso de conflicto de intereses de los individuos y la sociedad, priman los sociales. Mientras que los *Lineamientos* señalan que ante la escasez de órganos se deben optimizar dichos recursos y sus beneficios.

En la asignación se considera:

1) En caso de urgencia, ésta se extiende a nivel nacional y se prioriza sobre el registro de la base de datos. Este criterio hace la función de contrapeso costo-beneficio global tan marcado en los criterios de eficiencia médica y legal.

2) La posibilidad de que el paciente cambie o confirme su opinión respecto al trasplantarse. Una vez que el CIT asigna el órgano para trasplante, el paciente tiene voz y voto<sup>147</sup>.

Perspectiva bioética

En la pre-asignación:

1) Acceso a la atención y tratamientos médicos. Se plantea el derecho fundamental de acceso a la salud y la no discriminación. Estos dos derechos humanos son parte del

---

<sup>146</sup> Como ya se había mencionado en la nota 31 a pie de página, el Reglamento a la LGS señalaba que el receptor no tuviera más de 60 años al momento del trasplante. Dicha recomendación desapareció en 2013, menciono esta modificación para evidenciar que hasta hace poco tiempo la edad todavía estaba contemplada como recomendación de restricción en la pre-asignación. Actualmente no he vuelto a encontrar referencia alguna al respecto.

<sup>147</sup> Las entrevistas evidenciaron casos en los que los receptores elegidos cambiaban en el último momento de decisión, ya sea porque no contaban con los recursos suficientes para solventar los gastos de trasplante-posttrasplante, porque tenían un compromiso familiar al que no querían faltar, o simplemente no daban explicaciones y no regresaban al hospital, este factor tiene un peso ético, legal y psicológico fundamental.

fundamento ético-legal en la práctica de los trasplantes de órganos. Por tanto, constituyen parte de los cimientos de la práctica de los trasplantes.

2) El *Documento de Aguascalientes* postula cuatro principios bioéticos resultado de un consenso en la región que guíe los fundamentos y toma de decisión local:

- 1) Dignidad (el valor en sí mismo en cada persona) y beneficencia (actuar por el mejor beneficio del paciente),
- 2) Integridad y no maleficencia,
- 3) Precaución y/o vulnerabilidad “la amenaza por la fragilidad de una totalidad en riesgo biológico, psicológico y cultural” y,
- 4) Justicia distributiva y local (equidad, entendida como la fragmentación adecuada de bienes de una sociedad para compensar desigualdades).

Mientras que los dos primeros principios parecen no tener una consideración especial en el adulto mayor, los dos últimos sí lo tienen en tanto se atiende la vulnerabilidad de los candidatos a trasplante. Los adultos mayores tienen biológicamente un desgaste natural por su edad cronológica y psicológica, y socialmente hay constructos que tienden a su no inclusión (dicha consideración está patentada en la exposición del perfil sociodemográfico en el primer capítulo). Respecto al constructo de los participantes en mi investigación no se evidenció una tendencia específica:

a) Por una parte, se sabe que biológicamente el adulto mayor tiene un desgaste propio de la edad pero continuamente también se contrapone esta vulnerabilidad con la valoración de las condiciones fisiológicas independientemente de la edad. Luego, la edad constituye un referente relativo de vulnerabilidad frente a la valoración de fondo, que es la proyección biológica de los beneficios esperados, identificado por Rivera como criterio de distribución utilitarista.

b) Por otra parte, el imaginario social de la consideración de vida cronológica como criterio de merecimiento también tuvo algunos puntos de presencia. Este criterio

considerado por Puyol como la “priorización de los pacientes que padecen mayor desigualdad en salud” y por Rivera como criterio de distribución deontológica, en las entrevistas se evidencia con algunas citas.

[Entrevista A5] Por adulto mayor, textualmente así, pues se considera de más de 60 años [...] A veces decimos, -bueno, ya es adulto [mayor] y no necesita realmente trasplante y hay que dar beneficio a los jóvenes- pero no necesariamente porque una cosa es la edad cronológica y la otra es la edad biológica. Entonces, [lo] que tratamos es que, si el paciente se encuentra en las condiciones de recibir un trasplante pues se le apoya.

[Entrevista A2] los adultos mayores pues también de repente que llegan a un programa de trasplantes [...] más deteriorados que los pacientes jóvenes. Habitualmente ya pasó más tiempo para que pudieran ser diagnosticados, para que les pudieran ofrecer un trasplante [...] van a lugares donde el médico sin experiencia les dice que por la pura edad ya no se pueden trasplantar, no tienen tanto soporte familiar.

Los criterios para la asignación deben ser médicos, sociales y éticos (conforme derechos humanos y no discriminatorios). La calidad, seguridad y eficacia de los trasplantes se centra en tres puntos ya desglosados en el apartado 1.3 *Consideraciones bioéticas sobre trasplantes*: el seguimiento y cuidado del receptor, el CI considerando los riesgos y beneficios a largo plazo (siempre primando los beneficios), y la transparencia de la actividad del trasplante (rendición de cuentas).

Perspectiva social:

Las consideraciones sociales tienen un peso fundamental en la aplicación de los criterios bioéticos. Como ya se mostró, la consideración del adulto mayor en el imaginario social incentiva o margina su inclusión al programa de trasplantes y en la asignación. Por otra parte, la infraestructura con la que cuenta cada programa de trasplantes impacta en la eficiencia de los trasplantes. Este tema estuvo muy presente en las entrevistas:

- Habría que eficientar los medios de transporte.
- Habría que impulsar financieramente los programas de trasplante.

- La distribución a nivel nacional está claramente inclinada hacia los hospitales públicos. Entre los hospitales privados se presenta el problema de que los directivos no lleguen a un acuerdo de organización de convenios para la distribución.

- Habría que incentivar económicamente al personal que realiza o participa en los trasplantes (retribución al esfuerzo y dedicación pues actualmente no se hace).

- Habría que implementar en México un sistema de asignación definido como lo muestra la entrevista A9:

creo que sí es responsabilidad del sistema mexicano, y de cada hospital porque la ley lo marca, de establecer bien una ruta de asignación y establecer [sus] criterios definidos, 1)[...] tener bien delimitados los criterios de asignación, te va a traer mejores resultados en tu trasplante [...] y vas a tener más sobrevivida en la función renal y mucha mejor calidad de vida, que al final de cuentas, es lo que persigues con un trasplante [...] por el otro lado [2)] la parte de transparencia, la parte de rendición de cuentas, la parte de justicia ante los receptores. [...]Si la sociedad tiene más confianza en el programa de trasplantes va a donar más. Buena parte de la gente que no dona es porque tiene miedo de que se vaya a traficar con su órgano, que se le vaya a dar un mal uso.

### 3.6 El Consentimiento Informado

Quisiera cerrar este capítulo con el tema del CI, visto como un proceso de toma de decisión reflexiva y no como un mero trámite que muchas veces descarga la responsabilidad de las instituciones en vez de proteger a los pacientes. Como mostré en el capítulo 1 *Marco teórico*, el comentario al Principio Rector 10 de la OMS, refuerza este rubro, a través de “la evaluación de la información sobre los riesgos y beneficios a largo plazo [como elementos esenciales] para el proceso de obtención del consentimiento”<sup>148</sup> en los que deben primar siempre los beneficios para el paciente.

El principio bioético de “Consentimiento” de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*<sup>149</sup>, expone algunos alcances y límites del consentimiento (explícito o

---

<sup>148</sup> Principios Rectores sobre Trasplantes de Órganos Humanos, OMS, Consejo Ejecutivo, 123ª reunión, Punto 5 del orden del día provisional, 18 de abril del 2008. En: [http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22sp.pdf](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22sp.pdf)

<sup>149</sup> Unidad 6. “Consentimiento”, Programa de Base de Estudios sobre Bioética - Parte 1: Programa temático. Programa de Educación en Ética. UNESCO, 2008. En:

implícito) en el ámbito médico: una persona informada tendrá “conocimiento, comprensión, voluntad, intensión y evaluación”<sup>150</sup> de la intervención médica; mientras que otorgar el consentimiento implica ejercer la propia libertad; tener información adecuada; implica saber el alcance o alcances de la intervención médica (diagnóstico, tratamientos, beneficios y efectos nocivos); “en el proceso de información debe clarificarse: quién, cuándo (con antelación), cómo (verbalmente, por escrito, manifestado) y a quién (paciente, familia, tutores u otros)”<sup>151</sup>.

Por otra parte, también es importante destacar los derechos del paciente. El paciente (competente): tiene derecho a revocar su consentimiento en cualquier momento del tratamiento; tiene derecho a rechazar el tratamiento que no le parezca; tiene derecho a llevar a cabo un tratamiento sin ser informado (teniendo en cuenta las repercusiones).

Como puede constatarse, el CI pretende constituirse como un proceso de toma de decisión fundamentada en un amplio panorama. Sin embargo, no todos los pacientes son competentes, casos como pacientes menores de edad o ciertas enfermedades mentales merecen un análisis con más elementos de consideración.

Regresando al tema de trasplantes y el consentimiento, un sistema de asignación con criterios definidos promueve “el orden, la certeza, la transparencia, la credibilidad y la trazabilidad en el sistema”<sup>152</sup>. Por tanto, la calidad, la seguridad y la eficiencia en los trasplantes se centran en el seguimiento y el cuidado del receptor, el CI que considera los riesgos y beneficios a largo plazo (siempre primando lo beneficios) y, la transparencia de la actividad del trasplante (rendición de cuentas).

Teniendo en cuenta que las disposiciones legales tienen como principal objetivo garantizar los derechos de los pacientes que requieren un trasplante, tales disposiciones se extienden al hecho de garantizar que la sociedad reciba información “técnica precisa”

---

[http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Bioetica\\_Base.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Bioetica_Base.pdf)

<sup>150</sup> *Ibid.* P. 33

<sup>151</sup> *Ibid.*, p. 33

<sup>152</sup> Documento de Aguascalientes [en línea]:

[http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento\\_de\\_Aguascalientes.pdf](http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento_de_Aguascalientes.pdf)

sobre los procesos de los trasplantes y hacia los profesionales de la salud que intervienen en los mismos, de tal manera que se exprese la voluntad de quienes ejercen el CI. La expresión de la voluntad puede manifestarse de diferentes maneras.

Yo misma, durante la investigación de este trabajo realicé el proceso de consentimiento informado, finalmente plasmado en un documento. Sin embargo hay factores que marcan una diferencia entre mi proceso de CI y los que aplican los profesionales de la salud. El CI que yo implementé fue entre personas sin una vulneración considerable como sería el caso de pacientes enfermos, además de que el tipo de información otorgada en mi petición se limitó a una opinión de experto, mientras que en los profesionales de la salud es de esperarse que implique más tiempo y comprensión hacia los pacientes y familiares.

De manera personal puedo comentar que decantar la información pertinente y clara para la toma de decisión del “otro”, requiere, además de información técnica precisa, un vínculo de confianza, un tiempo considerable de proceso personal de la información, mostrar de manera simple (más no simplificada) la información con certezas e incertidumbres que permitan una toma de decisión consciente.

En este sentido, cabe traer a colación la conclusión de Ángel Puyol: “los derechos de los pacientes y del conjunto de la ciudadanía a conocer la verdad están por encima de las incomodidades del sistema y sus profesionales [...] Otra cosa es si la sociedad es lo suficientemente madura para entenderlo y apoyarlo. Pero, por principio, apostar por la inmadurez social no es nunca una buena política democrática”<sup>153</sup>.

A continuación expondré algunos casos que los miembros de los CIT compartieron y que muestran diferentes actitudes y circunstancias en el proceso de información y tomas de decisión.

Caso del participante A3: Donación de vivo. Paciente con buena actitud. Ingresa a la lista de espera. Se presenta un donante samaritano, se realiza el protocolo y se asigna a este

---

<sup>153</sup> Puyol, Ángel. 2009. “Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad”, *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, 18. p. 46.

paciente. Tres días antes de la hospitalización para el trasplante, la trabajadora social habla con el paciente sobre los trámites previos al trasplante. La trabajadora social percibe que algo no estaba bien con el paciente y lo comenta con el equipo de trasplantes, ellos responden que ya habían hablado con el paciente.

El paciente nunca se quedó, y yo creo que ahí quedó el sinsabor de que debimos haber hecho algo más, o sea, el paciente nunca regresó y a la fecha no ha regresado [...] Entonces, ese por ejemplo es un caso en que la gente está en lista de espera, sí, regresó a la lista de espera, nunca se trasplantó, ¿tú le darías el riñón? A un paciente que tuvo la oportunidad de recibirlo de un samaritano, todavía él estuvo así a puertas de recibirlo y se fue y nunca dijo nada.

La trabajadora social se pregunta a sí misma, cómo actuar éticamente si hubiera un donador cadavérico que le correspondiera por lista de espera. Si por sus antecedentes cuidaría del injerto, si en verdad quisiera ser trasplantado.

Comentario al caso. Hay un desconcierto del CIT y del equipo de profesionales de salud implicados, por el abandono repentino e injustificado de este paciente. Hace repensar a la trabajadora social sobre la labor realizada del proceso del CI y la proyección de la toma de decisión en la asignación de un órgano que por ley (lista de espera) le corresponde al paciente pero que al analizar las circunstancias podría ser negada o suspendida por los antecedentes del suceso. El CI no se concretó en este caso.

Caso del participante A3. Un paciente que médicamente era candidato a trasplante pero no psicológica ni socioeconómicamente:

Este es uno de los pacientes que no se bañaba diario, que en las entrevistas él nunca respondía [...] siempre era la esposa. Una vez dije -¿quién quiere trasplantarse?- y ya se quedó callada. La que quería que se trasplantara era la esposa, ella no quería perder al marido, al padre de sus hijos. A él no le importaba, tomaba Coca-cola diario, él no tomaba las medicinas. Cuando llamamos a la mamá para localizar, me dice -pues él ya está enfermo, ya de algo se va a morir que se muera de eso- [...] yo dije -este es un paciente al que no lo puedo dar mi visto bueno, y es difícil porque es un paciente que lo necesita pero iba para cadavérico.

El entrevistado supone el dilema de asignar un órgano entre dos pacientes médicamente viables cuya diferencia reside en que uno sí cumple con los criterios socioeconómicos y psicológicos y el otro sólo con el apoyo de la esposa. Se pregunta “¿qué garantía tienes

que el riñón de alguien que falleció le va a servir más a este que este?”. Concluye que cada profesión involucrada en los criterios de asignación determina sus criterios.

Comentario al caso: El paciente tiene una valoración médica aceptable pero no psicológicamente. El paciente, en los actos no refleja una responsabilidad individual aunque la red de apoyo de su esposa le proporcione una gran ventaja.

El caso del participante A6: Donación de vivo. Donante con “alteración mental” en protocolo para donar a su hermano. La confusión fue legal: no se puede realizar trasplante (extracción) en pacientes con retraso mental. Se toman en cuenta diversas opiniones. El equipo de psiquiatría, nefrología y ética valoró al donante. Se hicieron estudios de psiquiatría, nefrología y genética. El candidato a donante presenta un IQ muy bajo pero no Síndrome de Down. El comité aprueba el trasplante. Se realiza el trasplante y el receptor muere en postrasplante,

y pues ahí quedó este caso en particular en el que tuvo un momento muy álgido y en el que sí tuvimos que tomar muchas opiniones, inclusive del comité de ética. Sí se aceptó porque las pruebas no fueron demostrativas en cuestión de la genética y el paciente no tenía Síndrome de Down pero sí tenía un IQ muy bajo pero por su comité y por todas las pruebas que se hicieron tanto psicológicas como de genética concluimos que sí era apto para el trasplante.

Comentario al caso. El CI parece estar presente entre los profesionales de salud. El caso no explica la situación familiar (posibilidad de trasplante de hermano a hermano), sin embargo, la toma de decisión se discute entre los profesionales de salud y la permisibilidad médica, legal, psicológica y ética que resultó positiva al trasplante.

El caso del participante A10. Paciente renal que abandona su propio cuidado. Paciente con insuficiencia renal y diabético con complicaciones avanzadas. No acepta ningún tipo de tratamiento. La familia firma no practicar métodos de auxilio. El entrevistado resalta los límites del ejercicio del equipo médico y la negativa del paciente. El entrevistado concluye la dicotómica respuesta de los pacientes: los que niegan todo tipo de tratamiento y los que buscan todas las opciones, que puede llegar al anuncio público de la necesidad del

órgano para trasplante. Hay pacientes que “de pronto sí se aferran a la vida y hay otros que por otro lado se aferran a la muerte”.

Comentario al caso. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento o a revocarlo “en cualquier fase del tratamiento a no ser que carezca de la capacidad de tomar dicha decisión [Incluso, puede] ser tratado sin ser informado si es consciente de las implicaciones de esta decisión”. En este caso, el paciente ejerció el derecho a rechazar el tratamiento.

Caso del participante A10: Ejemplo de un caso en el que el paciente y mejor candidato enferma una semana antes de que se presentara la oportunidad del trasplante. El médico tratante informa al equipo de trasplante de la gripa. A su vez, éste habla con sinceridad al paciente sobre su turno al trasplante pero también de la vulnerabilidad en su estado general. El paciente consciente de su situación tuvo una buena actitud.

Yo creo que otro de los principios es que tienes que trabajar con la sinceridad y la verdad. Entonces le dijimos, -te toca, eres el que sigue de la lista pero estabas enfermo-, y nos dijo, -sí, yo tengo conciencia de esto, sí estuve enfermo-. Fue un caso muy bonito, fue muy bonita la actitud del señor. Hubo comprensión porque hablamos desde la verdad, no le engañamos, no le dijimos medias palabras, ni cuentos, ni de que -no pues eres el primero pero tu nombre empieza con “F” y tenemos uno que empieza con “A”, entonces por eso no eres tú. Siempre cuando se trata con la verdad a los pacientes entienden muy bien las cosas.

Comentario al caso. El CI de este caso consiste en aceptar no ser trasplantado, la noticia podría no llegar a ser tomada a bien por el paciente por el tiempo de espera indefinido que implica otro órgano cadavérico, sin embargo, parece que el proceso del CI fue asertivo.

De manera ideal, la confianza mutua es fundamental para el proceso de CI, pero ¿qué pasa con los pacientes que no pueden dar su consentimiento por razones de minoría de edad o deficiencia mental?

El caso del participante A11 es un ejemplo paradigmático en el caso de donación de vivo: Paciente de 20 años con parálisis cerebral, coeficiente intelectual de 6 años. La donante es la mamá del paciente. Su caso ha sido rechazado previamente en dos CIT. Discusión ética y

médica del comité (el CIT integró al comité de ética a la discusión): 1) la dependencia del paciente con la madre, 2) la no autosuficiencia para llevar su tratamiento. La donante expuso las razones de su decisión a donar ante el comité. El comité decidió realizar el trasplante y fue exitoso: “No le resolvimos ninguna otra de sus complicaciones de su vida, la única que logramos resolver fue la de la insuficiencia renal, que ya no se dialice y nada más”.

Comentario al caso. El principal punto de conflicto no era de justicia distributiva sino de eficiencia social del paciente vs. calidad de vida. En este caso, quien tutela el CI es el propio donante (autónomo y responsable de sí mismo y de su hijo). Las propias circunstancias pueden justificar este hecho, sin embargo, la toma de decisión del comité sobre la pertinencia del trasplante terminó orientándose por la promoción de la calidad de vida.

En este apartado se mostró un panorama general del CI y su contraste con algunos ejemplos de los entrevistados en la investigación. Si bien, falta un mayor acercamiento a los casos narrados por los miembros de los CIT, me pareció oportuno sacar a la luz algunas variantes que pueden salir del esquema del proceso del CI desde la perspectiva de los miembros de los CIT. Tampoco habría que olvidar la necesidad de un consenso mínimo que promueva el bienestar social a través de pautas sobre cómo actuar o qué elementos tomar en cuenta para actuar en torno al CI.

## CONCLUSIONES

Durante el proceso de investigación, especialistas en bioética me preguntaron si se discriminaba o excluía al adulto mayor en la asignación de órganos en México. Si bien, ya puedo responder con un “no” al cuestionamiento (y de hecho ya lo había hecho), quiero regresar al tema brevemente debido al interés que despertó esta pregunta y por el erróneo planteamiento en la formulación de la misma.

De acuerdo a la investigación del marco teórico (médica, legal, bioética y social) el adulto mayor no es excluido en la asignación de órganos para trasplante. De acuerdo a la investigación de campo realizada a diez miembros de CIT renal en la Ciudad de México, no hay una exclusión del adulto mayor de órganos para trasplante, aunque sí se evidenciaron algunas ideas sobre la preferencia de pacientes jóvenes sobre los viejos. Lo que sí pude identificar es una tendencia (no absoluta) principalmente en participantes médicos para implementar un criterio explícito no oficial (en México) de paridad por edad cronológica, rasgo que está inclinado a valorar la condición fisiológica más que la cronológica aunque tampoco excluye a ésta.

Si bien, puede parecer optimista esta respuesta creo que en realidad se abre otra problematización, me refiero a que la pregunta sobre la exclusión del adulto mayor en la asignación de órganos debería plantearse en el proceso de la identificación de IRC y la determinación del tratamiento sustitutivo. Una vez que el adulto mayor fue referido al área de trasplantes podrían aplicarse criterios de evaluación fisiológica en el protocolo o paridad de edad en la asignación final pero difícilmente la de edad cronológica jugaría un papel categórico. Sin embargo, en la determinación de qué tratamiento sustitutivo renal implementar en el paciente adulto mayor es donde considero que puede darse el sesgo de una exclusión injustificada desde la perspectiva utilitarista y deontológica.

En los criterios de asignación éticos concluyentes, los criterios utilitaristas son los que se destacan en la toma de decisión final y el deontologismo se puede identificar (al igual que otros criterios utilitaristas) como criterios explícitos e implícitos en la pre-asignación. Esto es importante porque justifica que la toma de decisión en la asignación final se hace desde la perspectiva utilitarista (salvo dos criterios extraordinarios: el emergente de urgencia y el de desempate de lista de espera), mientras que en la pre-asignación se consideran criterios deontológicos. Estas conclusiones no fueron evidentes hasta la triangulación final de la investigación, cuyo resultado no sobrepone una teoría concerniente a otra, sino que se presentan en diferentes momentos y grados del proceso de la asignación.

La perspectiva ética usada en la asignación de órganos enfocado al adulto mayor es preponderantemente utilitarista matizada por consideraciones de igualdad de oportunidades. Explicaré lo anterior en dos partes:

a) La asignación de órganos desde una perspectiva utilitarista se genera en la toma de decisión final enfocada a criterios orientados a la proyección costo-beneficio en la salud y la eficiencia biológica del órgano y del receptor.

b) La consideración de igualdad de oportunidades se manifiesta en la pre-asignación. En un sentido negativo como no discriminación por razones de edad, en un sentido positivo a un mínimo de condiciones de igualdad de oportunidades de acceso a la salud (servicios y atención).

Me parece fundamental hacer explícita la distinción entre pre-asignación y asignación, comenzar a hablar de las distinciones disciplinarias en la teoría y práctica de los trasplantes. Reconsiderar qué y cómo se está brindando la información a la población en general, a las personas implicadas en los trasplantes (donantes, receptores y a sus redes de apoyo) y al personal implicado en los trasplantes (trasplantólogos, nefrólogos, enfermeros, personal administrativo, etc).

En esta investigación traté de responder la cuestión de la distinción disciplinaria y de los procesos del trasplante implicados en la asignación, sin olvidar que la donación y

seguimiento postrasplante constituyen otras fuentes de delimitación y reflexión. El eje de esta investigación fue el enfoque hacia el adulto mayor, unas veces se demostró de forma evidente y otras implícitas.

¿Qué aporta a la práctica de los trasplantes plasmar una distinción disciplinaria y de perspectivas éticas en la selección del adulto mayor? Su conveniencia podría no ser tan inmediata ya que este grupo de edad, cuantitativamente no es representativo respecto a la cantidad total de potenciales receptores de TR, sin embargo, este grupo de pacientes sí obliga a considerados con más detenimiento a mediano plazo dado el proceso de envejecimiento de la población y el creciente número de enfermedades crónicas en México. La selección del adulto mayor en los trasplantes de órganos es un tema que aún no conforma un consenso general de aplicación y justificación.

Hay temas que por motivos de alcance de la propia investigación no se pudieron estudiar a profundidad, me refiero al tema de la “calidad de vida” en los pacientes a trasplante. La concepción del “paciente” desde la perspectiva de la institución y del personal que trata con ellos; la concepción del “adulto mayor” entendido desde una dimensión integral. El tema de “vulnerabilidad” en relación con todos los temas anteriores. Sin duda, una investigación a profundidad permitiría un estado de la cuestión y una reflexión de mayor alcance.

La información que se cuenta para las tomas de decisión es fundamental en este ámbito. Si bien, siempre habrá incertidumbre sobre “la mejor” toma de decisión, es importante tener un referente lo más completo. El ámbito de mi mayor interés y conocimiento es el referente ético, entendido como la obligación y responsabilidad de los miembros de los CIT a contar con un marco ético más explícito en sus protocolos y en la concientización en las tomas de decisión.

Una de las maneras que podría comenzar una cultura del trasplante, enfocado en la toma de decisiones, es a través de discusión de los conceptos más usuales y su impacto en casos paradigmáticos. Conceptos como “vulnerabilidad”, “calidad de vida”, “responsabilidad”, “beneficio”, son conceptos básicos comunes de discusión que, insertos

en el contexto específico de los comités, puede ayudar a aterrizar una valoración más acertada de los mismos.

La continua alusión al campo social en las entrevistas, complementa los objetivos de los documentos bioéticos y la necesidad de aplicar sus abstracciones a contextos específicos. Insisto, una manera de aplicación de la filosofía es la discusión de conceptos abstractos, problemáticos o ambiguos en el desempeño de los comités.

El tema de la asignación de órganos, de la justicia distributiva es un tema poco discutido en México. Hay una tendencia por enfocarse en la cultura de donación de órganos, lo cual remite casi automáticamente a hacer publicidad a la sociedad sobre los beneficios de la donación de órganos, de la cantidad de personas que pueden seguir viviendo y mejorar su calidad de vida gracias a los trasplantes.

También está la otra parte, donde los profesionales de la salud pueden no estar de acuerdo con los trasplantes de órganos con fines terapéuticos. La cultura de donación no sólo corresponde a la información brindada a la sociedad, también permea de manera importante a los profesionales de la salud que intervienen de alguna manera en los trasplantes o que se dedican formalmente a ella.

Respecto a lo anterior, podría plantearse si la información, si la cultura de trasplantes constituye un derecho o una obligación. Esta consideración no es menor y tiene una respuesta utilitarista y deontológica. En el primer caso, la información es una obligación en todos los agentes morales implicados y, ya que todos potencialmente podríamos necesitar de un trasplante en nuestra vida, constituye una obligación social. Se exige que el agente moral esté informado, constituyendo un fundamento insustituible en la toma de decisión. En el segundo caso, la información es un derecho como parte del acceso a la igualdad de oportunidades.

Toda persona tiene derecho al acceso a los servicios de salud, saber que tiene la oportunidad de tener acceso a un trasplante como medida terapéutica en caso de necesitarlo él mismo u otro integrante de la sociedad contribuye a una igualdad de

oportunidades; al igual que saber que puede ayudar a otros o, incluso de afectarlos con sus tomas de decisión respecto a la donación y el trasplante. El contacto directo entre el paciente y el personal implicado de informarlo tiene un papel fundamental. El personal de trabajo social parece ser el principal comunicador y mediador entre la información médica y, el entendimiento de las implicaciones pre y postrasplante.

Por otra parte, el CI no tuvo mucha presencia durante la investigación a pesar de constituirse como un documento primordial que respalda la información otorgada al paciente. También es conveniente resaltar que en las entrevistas estuvo presente el tema de una remuneración a los miembros de los CIT, especialmente en los trasplantólogos por su labor fuera de horarios de trabajo.

Me parece conveniente dejar este tema como campo abierto a investigación, la implementación de una retribución económica es un tema que está en los miembros de los CIT pero que muy poco se habla, pues tiene el doble filo de interpretarse como un beneficio a costa de los trasplantes o como un incentivo y reconocimiento objetivo al esfuerzo que requiere la práctica de los trasplantes. Esta doble perspectiva del tema, también puede interpretarse como afán de lucro vs. solidaridad y reconocimiento laboral.

Regresando al tema principal, me parece fundamental, desde una perspectiva filosófica, discutir conceptos nodales, revelar las perspectivas éticas o bioéticas en juego y explorar con mayor detenimiento el tema de los trasplantes en su contexto social. En definitiva, una investigación interdisciplinaria vendría a bien, donde sociólogos, médicos, enfermeros, filósofos, abogados, etc., pudieran hacer una discusión y planear un consenso.

El *Documento de Aguascalientes* es un primer intento local de esta iniciativa interdisciplinaria con consensos que emergieron del Primer Foro Latinoamericano de Bioética en Trasplante, sin duda, un ejemplo de consenso en tiempo reducido cuyos resultados necesitan ser revisados pero con un mérito extraordinario como propuesta regional.

Conclusión bioética: las perspectivas éticas utilizadas y analizadas en esta investigación justifican la práctica de los trasplantes en México, sin embargo, me parece que se puede comenzar a implementar una ética que, independientemente de su fundamentación teórica, promueva una cultura de trasplantes, de información médica, legal, social y bioética que permitan una toma de decisión consciente.

Esta expectativa no es nueva, ya los preceptos bioéticos y algunos aspectos legales lo mencionan, sin embargo, la presente investigación ha sentado algunas bases actuales y locales que pueden servir para avanzar en este tema, ya sea a través de un diagnóstico preliminar o como pauta para profundizar en temas del trasplante. México como país latinoamericano, tiene un fuerte posicionamiento en los trasplantes pero con poca investigación bioética en el tema. Eduardo Rivera, filósofo argentino con una loable investigación sobre el tema, es a mi opinión un autor obligado en los trasplantes y la ética; Ángel Puyol, filósofo español proporciona una mirada clara y perfectamente aplicable a la asignación y priorización de los trasplantes en México; Fernando Lolas, médico psiquiatra chileno, aporta una perspectiva reflexiva e integral sobre el adulto mayor.

El modelo de selección en el adulto mayor es un ejemplo de enfoque que no pretende agotar el tema, al contrario, lo considero un acercamiento a un tema poco discutido y muy presente en los trasplantes de órganos y tejidos. Espero se considere como una iniciativa de discusión al contexto mexicano y que abra más posibilidades de análisis o críticas.

## ANEXOS

### Abreviaturas

CENATRA: Centro Nacional de Trasplantes.

CI: Consentimiento Informado.

CIT: Comité Interno de Trasplantes.

CPEUM: Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

CONAPO: Consejo Nacional de Trasplantes.

LGS: Ley General de Salud.

Lineamientos: Lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

IRC: Insuficiencia renal crónica.

MP: Ministerio Público

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONT: Organización Nacional de Trasplantes.

Pmp: por millón de población

Principios Rectores: Principios Rectores de la Organización Mundial de la Salud sobre trasplantes de células, tejidos y órganos humanos.

Reglamento de la LGS: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

SNT: Sistema Nacional de Trasplante.

TR: Trasplante de riñón.

UNOS: *United Network for Organ.*

## Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

*MAESTRÍA EN CIENCIAS CAMPO DEL CONOCIMIENTO DE LAS HUMANIDADES EN SALUD  
CAMPO DISCIPLINARIO BIOÉTICA*

INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ acepto participar en este estudio de investigación, ya que he leído el folleto sobre la misma y he comprendido toda la información sobre el mismo y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Cuestionario



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

*MAESTRÍA EN CIENCIAS CAMPO DEL CONOCIMIENTO DE LAS HUMANIDADES EN SALUD  
CAMPO DISCIPLINARIO BIOÉTICA*

CUESTIONARIO PAUTADO A MIEMBROS DE COMITÉS INTERNOS DE TRASPLANTE EN EL DF

Fecha:

Clave:

Cláusula de confidencialidad: La presente entrevista será confidencial y anónima. Los entrevistados serán referenciados con número consecutivo, los datos obtenidos serán únicamente utilizados para difusión científica.

Usted como miembro de un Comité Interno de Trasplantes (CIT) recibe la donación de un riñón cadavérico, ¿a quién lo otorgaría? ¿Remitiría esta donación a otro centro? ¿Cuáles serían las razones de su decisión?

1.
  - c) Paciente masculino de 71 años, con dos años en lista de espera, diálisis desde hace tres años, diagnóstico de insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes mellitus tipo II, actualmente controlada, derechohabiente de este hospital gubernamental.
  - d) Paciente femenino de 70 años, con dos años en lista de espera, diálisis desde hace tres años, diagnóstico de insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes mellitus tipo II, actualmente controlada, derechohabiente de este hospital gubernamental.
  
2. Se recibe un riñón cadavérico procedente de masculino de 26 años de edad con muerte encefálica.

En la lista de espera de este hospital se encuentra:

- c) Paciente femenino de 58 años de edad con síndrome de riñones poliquísticos, con 1 año de diálisis y presencia de poliquistosis hepática y pancreática grado I.
  - d) Masculino de 70 años, con insuficiencia renal postglomerulonefritis aguda, sin patología sistémica agregada.
3. Se recibe un riñón cadavérico procedente de masculino de 26 años de edad con muerte encefálica.
- c) Mujer de 77 años, no derechohabiente, en lista de espera desde hace 4 años, en diálisis, sin patología agregada.
  - d) Mujer de 45 años, derechohabiente, en lista de espera desde hace 4 años, con insuficiencia cardíaca post hipertensiva, actualmente controlada.
4. En un instituto de salud del DF, se tienen dos posibles candidatos a trasplante:
- c) Paciente masculino de 75 años, en categoría nivel cero, sin patología agregada.
  - d) Paciente masculino de 32 años, con insuficiencia renal crónica post glomerulonefritis, con diálisis desde hace 6 años en primer lugar de lista de espera por antigüedad.
5. En un instituto de salud del DF, se tienen dos posibles candidatos a trasplante:
- c) Paciente masculino de 72 años, connotado miembro de la Academia Nacional de Medicina, lugar 2 en lista de espera. Estable, en diálisis desde hace 5 años.
  - d) Paciente femenino, de 70 años, ama de casa, lugar uno en lista de espera, con diálisis hace 4 años.

## Entrevista



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

***MAESTRÍA EN CIENCIAS CAMPO DEL CONOCIMIENTO DE LAS HUMANIDADES EN SALUD  
CAMPO DISCIPLINARIO BIOÉTICA***

**ENTREVISTA A MIEMBROS DE COMITÉS INTERNOS DE TRASPLANTE QUE REALIZAN TRASPLANTE DE  
RIÑÓN EN EL DF**

Fecha:

Clave:

1) ¿Qué es un CIT?

2) ¿Cuál es su percepción (qué opinión tiene) del los pacientes que necesitan un trasplante?

3) ¿A quién considera como adulto mayor?

4) En la práctica médica de los trasplantes, ¿qué problemas identifica surgen de la escasez de órganos y los criterios de asignación en México?

5) ¿Cuál es el procedimiento que el CIT sigue para las decisiones y acuerdos en la asignación de órganos en su hospital?

6) Para la asignación de un riñón, ¿cuáles son los criterios que se aplican en su hospital?

7) ¿Es la edad un criterio que se considera para la asignación de un riñón de acuerdo al procedimiento de asignación de su hospital?

8) En el procedimiento de asignación de un riñón proveniente de donador fallecido en su hospital, ¿qué criterios éticos son fundamentales?

9) Dentro del grupo de potenciales receptores en la lista de espera, ¿qué características harían más vulnerable a unas personas que a otras?

10) ¿Podría compartir una experiencia paradigmática de una toma de decisión problemática en la asignación de órganos en su CIT o de algún caso que tenga conocimiento? y si fue resuelto ¿cómo procedió la toma de decisión?

11) ¿Le gustaría agregar algo que Ud. considere relevante o importante que no hayamos incluido en nuestra conversación?

## DESCRIPCION DEL PROYECTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Te estamos invitando a participar en este estudio de investigación en el área de la bioética. Antes de decidir si participas o no, debes conocer y comprender cada uno de los siguientes puntos.

Este proceso se conoce como **consentimiento informado**. Tienes toda la libertad de hacer preguntas sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar tus dudas sobre el estudio y sobre tu participación. Una vez que hayas comprendido el estudio y si tú aceptas, entonces se te pedirá que firmes un formato de consentimiento informado del cual recibirás una copia firmada y con fecha.

### **Objetivo del estudio.**

Este estudio pretende exponer los criterios éticos que implementan CIT en la teoría y en la práctica y analizar los criterios éticos de asignación en el adulto mayor. Nos interesa contemplar vías de justificación que puedan optimizar la toma de decisión en la asignación de órganos y/o tejidos en los Comités Internos de Trasplantes. Además nos interesa conocer la barreras ó experiencias (institucionales, personales ó de la comunidad) a los que se enfrentan los miembros de los Comités en el tema de los trasplantes.

Para ello nos es importante recuperar la voz y experiencia de miembros de Comités de trasplantes que como tú, toman decisiones sobre la asignación de órganos y/o tejidos.

Para ello te estamos solicitando tu participación en una sesión personal que durará aproximadamente 40 minutos y que será audiograbada.

**Costo del estudio.** Tu participación en la investigación es gratuita. No tiene costo.

**Riesgos del estudio.** Tu participación en la entrevista no representa ningún riesgo para ti.

**Beneficios del estudio.** Directamente no recibirás beneficio alguno pero tu participación con seguridad ayudará a otros Comités en la justificación de las tomas de su decisión.

**Confidencialidad.** Toda la información que nos des será CONFIDENCIAL, es decir, que en ningún momento se utilizará tu nombre o algún otro dato personal que te puedan identificar en las publicaciones que se generarán en el estudio. Tampoco se brindará esta información a las personas que dirigen la institución donde te encuentras.

**Participación voluntaria.** Recuerda que es tú decisión la participación en el estudio y que ésta es completamente VOLUNTARIA. Si en algún momento decides dejar de participar tu decisión será respetada.

**Aclaración de dudas.** Para resolver cualquier duda relacionada con el estudio puedes llamar a la Dra. Martha Romero Mendoza del Instituto Nacional de Psiquiatría al teléfono 4160 51 45

## REFERENCIAS

### Biblio hemerografía

- Alvis, Nelson y María Valenzuela. 2010. "Los QALYs y DALYs", *Revista médica de Chile*, 138, 2, 2010  
Versión electrónica disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001000005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000005)
- Andréu Abela, Jaime. AÑO. Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada.  
Versión electrónica disponible en:  
<http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Beauchamp, Tom y Childress, James. 2002. *Principios de ética biomédica*. Masson, Barcelona (traducción de Teresa Gracia).
- Cáceres, Pablo. 2003. "Análisis cualitativo de contenido". *Psicoperspectivas. Revista de la escuela de psicología. Facultad de filosofía y educación pontificia universidad católica de Valparaíso*, 2, pp. 53-82.  
Versión electrónica recuperada el 24 de febrero de 2014 disponible en:  
<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>
- Canto-Spenber, Monique. 2001. *Diccionario de ética y de filosofía moral*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Cantú Quintanilla, G. 2009. Justicia distributiva y trasplante renal (Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias), Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Cantú- Quintanilla, Guillermo ; Francisco Sales-Heredia; Alfonso Reyes-López; Graciela Rodríguez-Ortega, y Mara Medeiros-Domingo. 2009. *Criterios de asignación de riñón para pacientes fallecidos*, 13, 1, 32, pp. 20-34  
Versión electrónica disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v13n1/v13n1a03.pdf>
- Cañón Campos, José Francisco; Natividad Cuende Melero; Gregorio Garrido Cantarero; Teresa Naya Nieto; Blanca Miranda Serrano. 2003. "Criterios de priorización para el acceso al trasplante: El caso del trasplante hepático en España", *Localización: Medicina clínica*, 10, pp. 380-386  
Versión electrónica disponible en:  
<http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/criterios-priorizacion-acceso-al-trasplante-el-caso-13044737-articulos-especiales-2003>
- Cisterna Cabrera, Francisco. 2005. "Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa", *Theoria*, 14, 1, pp. 61-71.
- Cuenca Castillo, J.J. 2002. "Trasplante cardíaco en el anciano. Experiencia del Complejo Hospitalario Juan Canalejo", *Revista española de geriatría y gerontología*, 37, 1  
Versión electrónica disponible en:

- <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/trasplante-cardiaco-anciano-experiencia-complejo-hospitalario-juan-13026309-originales-2002>
- Daniilo Silvio Donolo. 2009. "Triangulación: Procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación", *Revista Digital Universitaria*, 10, 8.
- "Dinámica de la población" en *Mujeres y hombres en México 2011*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. S.p.i. 2012  
Versión electrónica disponible en:  
<http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/MyH2011.pdf>
- Flick, Uwe. 2012. *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata / Fundación Paideia Galiza, Madrid, (Traducción de Tomás del Amo).
- García-García, G., Harden, P. y Chapman, J. 2012. "El papel global del trasplante renal", *Revista de Nefrología*, 32, 1, pp. 1-6.
- Gundermann, H., 2008, "El método de los estudios de caso" en  
Tarrés, M. L. 2008. *Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales / El Colegio de México / Miguel Ángel Porrúa, México.
- Ham Chande, Roberto. "Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México".  
Versión electrónica disponible en  
[http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1996/num\\_6/ENVEJECI386.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1996/num_6/ENVEJECI386.pdf)
- Limón, C., 2009, "Equidad en los trasplantes de órganos", *El donante: Revista del Consejo Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos*, 20, 8.
- Lolas, F. 2000. *Bioética y antropología médica*. Editorial Mediterráneo, Chile.
- Mendizábal, Nora. 2012 "Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa", en  
Vasilachis de Galindo, Irene. 2012. *Estrategias de investigación cualitativa*, Argentina.
- Mercado J. F., Padilla C. y Díaz Blanca A. 2010. *La donación y trasplante de órganos según los profesionales de la salud*. Universidad de Guadalajara / Consejo Estatal de Órganos y Tejidos, México.
- Ortega, F., Gómez, E., Baltazar, J. y Rebollo, P., 2001. "Controversias en nefrología: diálisis en el anciano", *Nefrología*, 21, 4, pp. 232-236.
- Omar, Faisal 2011. *Just waiting: Ethical challenges in priority setting Posed by organ scarcity in kidney transplantation*. Linköping University, Department of Medical and Health Sciences, Health and Society, Linköping.
- Palazzani, Laura. 2008. "Criterios bioéticos para la selección de paciente en la distribución de órganos", en  
López, María Teresa y Velayos Carmen (editoras). *Educación en bioética. Donación y trasplante de órganos*. Ediciones Universidad de Salamanca, España.
- Puyol, Ángel. 2009. "Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad", *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*, *Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas*, 18.  
Versión electrónica disponible en:  
<http://www.fgcasal.org/publicaciones/cuaderno18fundaciongrifols.pdf>

Rivera López, Eduardo. 2001. *Ética y trasplantes de órganos*. Universidad Nacional Autónoma de México / Fondo de Cultura Económica, México.  
Vasilachis de Galindo, Irene. 2012. *Estrategias de investigación cualitativa*, Argentina.

### **Legislaciones**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En Gaceta Oficial [en línea]  
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>  
Legislación sobre donación y trasplante de órganos, tejidos y células. Compilación y análisis (Borrador, Noviembre de 2011)  
[http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Reuniones%20RCIDT/XI-Buenos%20Aires-Argentina-Noviembre-2011/COMPARATIVA\\_LEGISLACIONES\\_RCIDT.pdf](http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Reuniones%20RCIDT/XI-Buenos%20Aires-Argentina-Noviembre-2011/COMPARATIVA_LEGISLACIONES_RCIDT.pdf)  
Ley de los derechos de las personas adultas mayores [en línea]  
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>  
Ley General de Salud  
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>  
Lineamientos para la asignación de órganos  
[http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/LINEAMIENTOS\\_ASIGNACION\\_DE\\_ORGANOS.pdf](http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/LINEAMIENTOS_ASIGNACION_DE_ORGANOS.pdf)  
Marco normativo en el ámbito de la donación  
[http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/marco\\_normativo\\_presentacion.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/marco_normativo_presentacion.html)

### **Sitios web y otros**

*Adultos mayores: perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. INEGI, 2005. Revisado el 28 de enero de 2013  
[http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos\\_mayores\\_web2.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf)  
Base de Datos del Grupo Punta Cana  
[http://www.grupopuntacana.org/ver\\_pais.php](http://www.grupopuntacana.org/ver_pais.php)  
Centro Nacional de Trasplante  
<http://www.cenatra.salud.gob.mx>  
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios  
<http://www.cofepris.gob.mx>  
Comité de expertos de la OMS en salud de las personas de edad. Organización Mundial de la Salud, serie de informes técnicos; 779, 1989. Consultado el 20 de agosto de 2013, en:  
[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_779\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_spa.pdf)  
Consejo Nacional de Población  
<http://www.conapo.gob.mx/>  
Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación  
<http://www.conapred.org.mx/>  
Documento de Aguascalientes [en línea]:

[http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento\\_de\\_Aguascalientes.pdf](http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento_de_Aguascalientes.pdf)

Eurotransplant

<http://www.eurotransplant.org/&prev=/search%3Fq%3Deurotransplant%26hl%3Des%26biw%3D1024%26bih%3D485%26prmd%3Dimvns&sa=X&ei=wRIUIbMLIb42gW50ci9BA&ved=0CFIQ7gEwAA>

Guía para la Aplicación Nacional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento En <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/papers/guides.pdf> Consultado el 20 de agosto de 2013

Huenchuan, Sandra. *Conceptos de vejez y enfoques de envejecimiento*

<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/PP2.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía:

<http://www.inegi.org.mx>

Instituto Nacional de Geriátrica:

<http://www.geriatria.salud.gob.mx>

Informe de un Comité de Expertos de la OMS

[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_779\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_spa.pdf)

Organización de los Estados Americanos

<http://www.oas.org>

Organización Mundial de la Salud

<http://www.who.int>

Principios Rectores sobre Trasplantes de Órganos Humanos, OMS, Consejo Ejecutivo, 123ª reunión, Punto 5 del orden del día provisional, 18 de abril del 2008

<http://www.who.int/transplantation/TxGP%2008-sp.pdf>

Real Academia Española

<http://www.rae.es/>

Red Consejo Iberoamericano de donación y trasplante

<http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Pages/default.aspx>

Sociedad de Trasplantes de América Latina el Caribe

[http://www.stalyc.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15&Itemid=14&lang=es](http://www.stalyc.net/index.php?option=com_content&view=article&id=15&Itemid=14&lang=es)

United Network for Organ Sharing

<http://www.unos.org/>

Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

<http://www.unesco.org/new/es/office-in-montevideo/home/>

World Population Ageing 1950-2050. Consultado el 15 de agosto de 2013

<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/index.htm>

## CUADROS

Cuadro 1. Edad cronológica del adulto mayor. Elaboración propia.

Cuadro 2. Esperanza de vida. CONAPO.

Cuadro 3. Pirámide de población de mayores de 65 años. Fuente: Censo XII de población y vivienda y estimaciones CONAPO.

Cuadro 4. Pirámides de edad e índice de dependencia demográfica, 1950-2050. Fuente:

[http://app1.semarnat.gob.mx/dgeia/informe\\_resumen/01\\_poblacion/cap1.html](http://app1.semarnat.gob.mx/dgeia/informe_resumen/01_poblacion/cap1.html)

Cuadro 5. Afiliación global en instituciones de salud en el panorama sociodemográfico de 60 a 69 años. Elaboración propia.

Cuadro 6. Afiliación desglosada a instituciones de salud en el panorama sociodemográfico de 60 a 69 años. Elaboración propia.

Cuadro 7. Afiliación global en instituciones de salud en el panorama sociodemográfico de 70 y más. Elaboración propia.

Cuadro 8. Afiliación desglosada a instituciones de salud en el panorama sociodemográfico de 70 y más. Elaboración propia.

Cuadro 9. Profesión de los miembros de CIT participantes. Elaboración propia.

Cuadro 10. Institución de pertenencia de los miembros de CIT participantes. Elaboración propia.

Cuadro 11. Lugar de la entrevista a los miembros de CIT participantes. Elaboración propia.

Cuadro 12. Género de los miembros de los CIT participantes. Elaboración propia.

Cuadro 13. Secuencia de informantes participantes de la investigación. Elaboración propia.

Cuadro 14. Diferenciación de respuesta del caso 1 en cuestionario pautado. Elaboración propia.

Cuadro 15. Diferenciación de respuesta del caso 2 en cuestionario pautado. Elaboración propia.

Cuadro 16. Diferenciación de respuesta del caso 3 en cuestionario pautado. Elaboración propia.

Cuadro 17. Diferenciación de respuesta del caso 4 en cuestionario pautado. Elaboración propia.

Cuadro 18. Diferenciación de respuesta del caso 5 en cuestionario pautado. Elaboración propia.

Cuadro 19. Categoría de pre-asignación médica. Elaboración propia.

Cuadro 20. Categoría de pre-asignación legal. Elaboración propia.

Cuadro 21. Categoría de pre-asignación social. Elaboración propia.

Cuadro 22. Categoría de pre-asignación socio-médico. Elaboración propia.

Cuadro 23. Categoría de pre-asignación socio-legal. Elaboración propia.

Cuadro 24. Categoría de pre-asignación ético-legal. Elaboración propia.

Cuadro 25. Categoría de pre-asignación legal-socio-ético. Elaboración propia.

Cuadro 26. Categoría de pre-asignación ética. Elaboración propia.

Cuadro 27. Categoría de asignación médica. Elaboración propia.

Cuadro 28. Categoría de asignación legal. Elaboración propia.

Cuadro 29. Categoría de asignación social. Elaboración propia.

Cuadro 30. Categoría de asignación ético-legal. Elaboración propia.

Cuadro 31. Categoría de asignación socio-médica. Elaboración propia.

Cuadro 32. Categoría de asignación socio-ética. Elaboración propia.

Cuadro 33. Criterios bioéticos de pre-asignación. Elaboración propia.

Cuadro 34. Criterios bioéticos de asignación. Elaboración propia.

Cuadro 35. Categoría: pre-asignación. Elaboración propia.

Cuadro 36. Categoría: asignación. Elaboración