

LOS COSTOS DEL ALTRUISMO EN DONACIÓN DE ÓRGANOS ANÁLISIS DE CASOS

THE COSTS OF ALTRUISM IN ORGAN DONATION CASE ANALYSIS

Cruz Netza Cardoso¹, María de la Luz Lina Casas Martínez² y Hugo Ramírez García³

*¹Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
Campo de Estudio Principal Bioética.*

Distrito Federal, México. E-mail: philo_cruz@yahoo.com;

*²Universidad Panamericana, Departamento de Bioética,
Distrito Federal, México. E-mail: mcasas@up.edu.mx*

*³Universidad Panamericana. Distrito Federal,
México; e-mail: philo_cruz@yahoo.com*

Resumen

En la década de los sesentas, para la estructuración de los programas de donación se consideraron tres presupuestos: Uno, que las personas a través del altruismo serían capaces de sentirse comprometidos con las necesidades de los afectados e incentivados a donar. Dos, que el cuerpo humano no puede ser tasado en términos mercantiles por lo tanto la donación de órganos debería ser gratuita. Tres, la donación no representaba ningún tipo de perjuicio para el donador. Hoy, a más de cuatro décadas de su instauración, estos tres presupuestos se han visto vulnerados por la forma en que se sociabilizaron a través de los protocolos de donación. El altruismo no resultó tan generalizado como se esperaba y la mercantilización de órganos ha

rebasado los marcos legislativos que pretendieron evitarlo como es el caso de la India. En este trabajo analizamos —mediante dos objetivos— las repercusiones que se tuvieron en cuatro casos registrados en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” en la Ciudad de México. Objetivo uno: Describir los costos económicos que causó —en las familias participantes— el protocolo de donación basados en el altruismo. Objetivo dos: Reflexionar sobre otros costos que los donadores sufrieron por donar órganos. En los casos revisados se logró encontrar que la repercusión puede ir más allá de lo económico, teniendo repercusiones laborales, emocionales y éticas por una innegable sensación de cosificación que los donadores experimentan, ante la mecanización del protocolo de estudio al que son sometidos, en especial cuando los resultados no son óptimos. En este trabajo circunscribimos el análisis a donadores vivos.

Palabras clave: costos, altruismo, trasplantes, donación de órganos.

Abstract

Three main assumptions were considered for the structure of donation programs during the decade of the sixties: the first states that people, through altruism, would feel committed with the affected and therefore incentivized to donate. The second one states that the human body can not be valued in mercantile terms; therefore organ donation should not be done free of any charges. The last one states donation does not represent any type of harm or damage for the donor. Today, more than four decades away from their instauration, these three assumptions have been violated and modified due to the way in which they were socialized through the donation protocols. Altruism did not seem to be as generalized as expected, and organ commerce has already gone beyond the legislative frameworks that intended to prevent it; one example is the case of India. In this paper we analyze —through two objectives— the repercussions and impact that took effect in four cases registered in the National Institute of Cardiology (Instituto Nacional de Cardiología) “Ignacio Chávez” in Mexico City. First objective: to describe the economical costs that the altruism-based donation protocol caused on the participant families. Second objective: to reflect on other costs that affected donors due to organ donation. It was found on the reviewed cases that repercussions can go beyond the economical issues; labor related, emotional and ethical repercussions were found too due to a undeniable sensation of reification that donors experience in view of the mechanization of the study protocol they undergo, specially when results are not the optimum. We circumscribe this paper’s analysis to living donors.

Key words: costs, altruism, transplants, organ donation.

1. Introducción

La problemática económica, médica y social que implica la atención de las enfermedades crónico degenerativas es reconocida ampliamente. En este sentido México no es la excepción. La emergencia cada vez más acuciante de enfermedades con daño terminal de algún órgano vital, es un problema de salud pública de tal magnitud que todas las soluciones propuestas han sido rebasadas de una forma u otra; esto sólo nos refleja que no existen soluciones únicas y que revisar en forma crítica los protocolos de atención hacia estos pacientes permitirán reestructuraciones acorde a las cambiantes circunstancias. En áreas como nefrología, hematología, cardiología, gastroenterología, inmunología, neumología, oftalmología, se tienen realidades —en materia de trasplante— de tal complejidad que su abordaje suele requerir la intervención de prácticamente todos los sectores de una sociedad e incluso de organizaciones con impacto mundial como la Organización Mundial de la Salud, UNESCO y la ONU.

El programa de donación actual basado en el altruismo —por la rápida y exponencial demanda de órganos— ha sido rebasado en su posibilidad de dar respuesta; pero lo que nos parece aún más grave es la repercusión —en varias directrices— que está causando a quienes deciden participar en un protocolo de donación. Este trabajo tiene como principal objetivo describir los costos que a nivel económico, se generaron en los casos analizados con el actual modelo de donación

altruista, así mismo las repercusiones éticas que se tienen por la mecanización de los protocolos de donación. Para lograrlo realizamos una extensa revisión del estudio realizado por Lourdes Sodi en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” (INCICH), Institución dependiente de la Secretaría de Salud, que se distingue por ser de atención masiva con interés social.

En él se describió y analizó el proceso y la representación de la donación de órganos en donadores vivos de riñón. El proceso metodológico que Sodi siguió incluyó determinar el nivel socioeconómico de un grupo de donadores del INCICH, determinó las relaciones sociales entre donador y receptor, describió el itinerario de la donación dentro de la organización del INCICH, desde el primer contacto del donador con el hospital, los diferentes estudios de laboratorio y gabinete, la programación de la intervención quirúrgica hasta las consecuencias del proceso de donación en la vida cotidiana. Describió y analizó las diferentes experiencias del donador durante todo el proceso, con especial énfasis en las consecuencias¹. La técnica que realizó para recabar los testimonios fue la de observación participativa, con entrevistas semiestructuradas². Si bien este estudio no se centró en lo económico existe suficiente información para realizar un análisis al respecto, tomamos dichos datos y recabamos por nuestra

1 Sodi, L. Capítulo III “Metodología”. En: *La experiencia de donar*. Instituto de Antropología e Historia. Plaza y Valdés. México 2003, 21.

2 Sodi, *op.cit.* 61.

cuenta, en la misma Institución, los datos faltantes que ayudarían a realizar el análisis acerca de los costos que un donador y su familia enfrentan. Así mismo, tomamos los testimonios que ayudaron a discernir sobre las implicaciones éticas del protocolo de donación.

1.1. El trasplante como solución a la insuficiencia renal terminal

En un estudio realizado en una Institución Médica Mexicana³ se encontró que la prevalencia de una depuración de creatinina (DCr) menor de 15 mL/min fue de 1,142 personas por millón de habitantes (pmh), en tanto que la depuración de creatinina menor de 60 mL/min fue de 80,788 pmh⁴. Los factores asociados a esta baja depuración fueron alcohol y tabaco, el género femenino, la edad mayor a 65 años, una escolaridad menor al nivel primario e ingresos económicos menores a \$4.00 USD/día. En este estudio se encontró que la prevalencia de enfermedad renal crónica, es similar a la reportada en países industrializados. Sólo 1 de 4 pacientes que requieren terapia de reemplazo renal tienen acceso a ella.

3 Amato, D. "Prevalence of crónic kidney disease in a urban Mexican population". *Kidney Internacional* 68, Supplement 97(2005), S11-S17. Fue un estudio transversal en una población de 3564 sujetos, de ambos géneros, con edad mayor de 18 años, seleccionados al azar. La depuración se calculó con la fórmula de Cockcroft-Gault. Los sujetos se clasificaron de acuerdo alo establecido en las guías K/DOQUI.

4 Lo normal se considera de 60-80 mL/min., en orina de 24 hrs.

Por otro lado, los pacientes en terapia de reemplazo (diálisis peritoneal o hemodiálisis) ostentan cifras impresionantes; acorde al registro regional en el estado de Jalisco (México) y a reportes internos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁵, el número de pacientes que se encuentran en terapia de reemplazo es alrededor de 40.000. El costo para sostener a estos pacientes en terapia de reemplazo —en Instituciones de seguridad pública— es mayor a los \$370 billones USD/año⁶. Actualmente ya no se cuestiona las ventajas clínicas y fisiológicas que el trasplante ofrece a los pacientes necesitados de éste. Los costos de inmunosupresión, atención médica y todo lo derivado del trasplante se justifica por la calidad de vida que esta intervención ofrece al trasplantado. Las campañas de donación están enfocadas a que la sociedad se sensibilice con respecto a la necesidad que tienen las personas afectadas en este sentido y mediante persistentes líneas educativas los lleven a querer donar sus órganos, en forma altruista y gratuita. Este trabajo se enfoca en cuestionar hasta donde la donación es gratuita, no en el sentido positivo de si las personas reciben un pago o compensación por el órgano donado, sino en el sentido negativo de cuantos costos ocasiona al donador.

5 Paniagua, R. "Peritoneal Diálisis in Latin America. Chronic Kidney Disease and Diálisis in Mexico". *Peritoneal Dialysis Internacional* 127, (2005), 405-409.

6 Ibid., 406.

2. Los costos de la donación

Nuestro planteamiento es que los costos de la donación pueden ir más allá de lo económico. En tres estudios^{7,8,9} realizados en Norteamérica, se encontró que los gastos que una familia puede tener por razones de donación, lo cual incluye: traslados, hospedaje, llamadas telefónicas, comidas, entre otros pueden fluctuar de \$2000.00 USD a \$ 4410.00 USD.

México no es ajeno a la problemática de los gastos por donación; para ilustrarlo presentamos cuatro casos que representan pacientes del Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" de la Ciudad de México y a los cuales la Dra. Lourdes Sodi¹⁰ realizó un seguimiento por más de cuatro meses, casos que a continuación presentamos en sus aspectos más generales.

3. Casos Clínicos

Caso uno¹¹:

Seudónimo Luz.

Información general: Luz es una joven de 26 años que vive en el Estado de

México, huérfana de padre, vive con su madre y cinco de sus hermanos en una casa que cuenta con todos los servicios. Estudia segundo semestre de administración educativa en una Universidad Pública. Debió trasladarse en transporte público (autobús) para los estudios que se realizó como donadora.

Caso dos:¹²

Seudónimo María.

Información general: María tiene veintinueve años, vive en San Mateo, Estado de México. Es madre soltera de un niño de seis años. Es la penúltima de doce hermanos. Vive con su padre de 72 años y su hijo en una casa de adobe. En el distrito federal se hospeda en casa de su hermano (el receptor). Hasta antes de ingresar a estudio como donadora trabajaba en una fábrica haciendo carátulas para medidores de luz. María regresa a San Mateo para renunciar a su trabajo y dedicarse exclusivamente al proceso de donación.

Caso tres:¹³

Seudónimo Julio Cesar

Información General: Julio Cesar es un joven de veintisiete años, casado y con una hija. Es el séptimo de once hermanos. Residente del Estado de México. Se dedica a la albañilería, aunque su trabajo es estable, su ingreso económico es bajo, y al enterarse de que su uno de sus hermanos ya no quiso ser el donador de su hermano

7 Vlaovic P.D., Devins G.M., Abbey S., et al. "Psychosocial impact of renal donation". *Can J Urol* 6, (1999), 859-64.

8 McCune TR, Armata T, Mendez-Picon G, et al. "The Living Organ Donor Network: a model registry for living kidney donors". *Clin Transplant* 18(Suppl 12)(2004), 33-8.

9 Lyons K, Shallcross J, Bakran A. "Eight years experience of reimbursement costs associated with an active living donor programme". *Transplantation* 78, (2004), 2-3.

10 Sodi, *op.cit.* 170-240.

11 *Ibid.*, 170.

12 *Ibid.*, 196.

13 *Ibid.*, 218.

enfermo, se ofrece voluntariamente como tal, sin embargo en su trabajo cada vez que se ausenta para poder realizarse los estudios le descuentan de su sueldo los días que no se presenta; esto ocasiona que dependa del soporte familiar para poder sostener a su esposa e hija.

Caso cuatro:¹⁴
Seudónimo: Doroteo

Información general: Doroteo tiene cuarenta y tres años de profesión albañil.

Vive en el Estado de México, es el quinto de once hermanos, está casado y tiene tres hijos, ya tiene una hija con un trasplante de riñón la donadora fue su esposa. Ante esto, el se ofrece como donador para su hijo enfermo, pero en su trabajo no le otorgan permiso para poder ausentarse y realizarse los estudios, por lo que deja el empleo y depende totalmente del ingreso que su esposa tiene como sirvienta en casas particulares.

Resumen de otros aspectos importantes para nuestro análisis:

Tabla 1. Lourdes Sodi (2000).

Donador (seudónimo)	Nivel socio-económico ¹⁵	edad	Relación con receptor	Motivo para donar	Consecuencias del proceso en la vida cotidiana	Percepción de apoyo durante el proceso	Ideas sobre las consecuencias de la donación
Luz	3	26	Hermana	Amor a su madre	Cambia de turno en la escuela	No siente apoyo por parte de la familia	Restricción alimentaria
María	1	29	Hermana	Amor maternal hacia su hermano	Deja a su hijo y pierde su trabajo.	Se siente sola pero la apoyan sus hermanos	Incapacidad física
Julio	1	27	Hermano	Amor a su hermano	Impuntualidad laboral	Cuenta con el apoyo de su esposa	Negación
Doroteo	1	43	Padre	Amor a su hijo	Impuntualidad laboral	Cuenta con el apoyo de su esposa	Se siente devaluado

¹⁴ Ibid., 227.

¹⁵ El nivel socioeconómico se establece mediante un puntaje de distintos aspectos: ocupación, base de ingreso y tamaño de la familia, porcentaje del ingreso destinado a la alimentación, tipo de vivienda, material de construcción de la vivienda y número de habitaciones, a menor puntaje menos recursos económicos.

En la siguiente tabla se resumen los gastos que cada caso tuvo para que la donación pudiera efectuarse. Así mismo se especifican los estudios que todos los donadores obligadamente se realizaron. Las cifras están expresadas en dólares americanos (USD):

Tabla 2. Cruz Netzahualcoyotl (2009).

Concepto	Caso 1 (Luz) Nivel 3	Caso 2 (María) Nivel 1	Caso 3 (Julio Cesar) Nivel 1	Caso 4 (Doroteo) Nivel 1
Banco de sangre (5 análisis)	12.8	2.0	2.0	2.0
Hematología (3 análisis)	3.9	0.59	0.59	0.59
Laboratorio microbiología (4 análisis)	5.8	0.81	0.81	0.81
Radiología (2 estudios)	24.5	3.4	3.4	3.4
Laboratorio de química (43 análisis)	38.7	5.9	5.9	5.9
Arteriografía renal	481.4	481.4	481.4	481.4
Pruebas cruzadas de compatibilidad (2 determinaciones)	177.7	177.7	177.7	177.7
Consultas (6) Incluye carnet y preconsulta	37.4	6.8	6.8	6.8
Hospitalización	85.9	4.8	4.8	4.8
Cirugía de nefrectomía	253.3	36.2	36.2	36.2
Otros: transporte, hospedaje, sueldos no percibidos, comidas fuera de casa, llamadas telefónicas.	12.9	2128.2	296.2*	No se especifica
TOTAL:	1134.8	2463.2	1016.4	666.6*

* No existe registro de otros gastos, únicamente de un mes sin salario.

• Al momento de terminar este trabajo aún no se realizaba la nefrectomía (extirpación del riñón para la donación). La cifra es la referencia directa del donador sin esta cirugía.

4. Discusión

Los casos presentados pertenecen a dos niveles socioeconómicos, Luz en nivel tres y el resto a nivel uno, lo que nos indica que son personas con bajos recursos económicos; por lo que destaca el caso de María quien decidió perder su empleo para poder atender el proceso de donación, en este caso el acto de altruismo se extendió a toda la familia pues sin la ayuda de sus demás hermanos ella difícilmente hubiese sido capaz de salir adelante, sin empleo, sin fuente de ingreso y con un hijo¹⁶.

En los otros tres casos —María, Doroteo y Julio Cesar— que pertenecen al nivel socioeconómico uno, también se hace patente que sin las redes de apoyo familiar les sería imposible participar en los procesos de donación. Lo cual tampoco significa que no se vieron afectados en sus propios procesos de vida¹⁷.

Excepto Doroteo todos los demás participantes —tal como lo reflejan los testimonios— experimentaron una sensación de cosificación¹⁸.

Es una temática recurrente que las Instituciones sanitarias de atención ma-

16 Sodi, *op. cit.* 216.

17 Ibid., 195.

18 Ibid., 195.

siva tienen dificultades para otorgar una atención diligente, lo que en no pocas ocasiones, trae como consecuencia que el profesional de la salud incurra en una prestación de servicio de mala calidad, con serias dificultades para que esté dirigida al interés de los pacientes. En realidad, la mecanización acaba cosificando al prestador del servicio y al receptor del mismo.

En los casos aquí presentados —ante la evidente mecanización en la ejecución del protocolo— el manejo de la incertidumbre por parte de los médicos no se resuelve, ni siquiera se minimiza, con la consecuente desinformación y generación de mayor angustia en los donadores, en especial las mujeres (María y Luz). Como nos dice Christakis: “el manejo de la incertidumbre y el pronóstico son hoy uno de los grandes retos morales más descuidados”¹⁹.

Hay que enfatizar que los donadores vivos son personas sanas, que se exponen al riesgo que va implícito en toda cirugía; que la decisión autónoma y el consiguiente consentimiento informado que expresan para poder participar en un protocolo de donación, no los exenta de la angustia ante la incertidumbre de no saber si todo saldrá bien, del miedo a la cirugía, a la posibilidad de morir, de la expectativa por saber si el receptor rechazará el órgano, todos estos son elementos que se suman y que al no poder expresarlas sólo generan mayor angustia e incertidumbre.

En los protocolos de donación sólo se ven los aspectos formales, es decir, los resultados de los distintos análisis y estudios en miras a establecer que la persona no tiene alguna alteración fisiológica u orgánica que le impidan donar. El protocolo de estudio contempla una valoración psiquiátrica, la cual tiene como objetivo determinar los motivos de la donación y tratar de dilucidar si el potencial donador tiene algún tipo de coacción en especial psicológica. Los testimonios nos revelan que esta valoración no escapa a los efectos negativos de la mecanización en la atención sanitaria.

En general el protocolo de donación atiende al cumplimiento de tres factores: que la decisión de donar sea autónoma, que ésta sea obtenida mediante un proceso de consentimiento informado, y que no exista alguna alteración fisiológica que impida la donación. La Doctora Sodi nos ofrece interesantes matices a las dos primeras cuestiones; nos dice que los motivos por los que una persona dona van de la obligación al amor, siendo los hombres quienes más reticencia muestran para participar²⁰.

La fracción IV del artículo 16 del Reglamento de la Ley General de Salud, así como la fracción VI del artículo 333 del Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (2000), establecen que el donador debe haber obtenido la información completa sobre los riesgos y las consecuencias de la donación, para que ésta se pueda llevar a cabo. En este sentido Sodi

19 Christakis NA. Death foretold. Prohecy and prognosis in medical care. Chicago: The University of Chicago Press, 1999. Citado en Gracia, D. *Ética en la práctica clínica*. Triacastela, Madrid, 2004, 240.

20 Ibid., 244.

constató que los donadores piensan que el personal médico no les proporcionan la información completa, o bien no se la expresan de manera accesible para ellos²¹.

Existe un elemento que la Dra. Sodi no consideró en su análisis y que sin embargo, pudiera tener mayor influencia de la considerada; la donación es un proceso que podemos dividir en cuatro grandes momentos, uno cuando se sabe que se requiere un donador para algún familiar, dos el que abarca la realización de todos los estudios y al final de estos saber si procederá o no la extirpación del órgano, tres, la noche previa a la cirugía, momento que catalogamos como el antes y después, y cuatro, su reintegración a la vida cotidiana. Las emociones y tensión que se manifiestan durante estos cuatro periodos son diversos pero van en aumento hasta alcanzar su punto más álgido en el periodo tres, es decir la noche previa a la cirugía.

Es natural que ante la incertidumbre y el riesgo reaccionemos con angustia, pero ¿cómo justificar que algo tan reiterativo, conocido y de pronto determinante para la reafirmación de querer donar, no se contemple en la atención del paciente? Cada vez se vuelve más necesario recordar que antes que autónomos, antes que personas, y por supuesto antes que donadores, somos individuos vulnerables. La vulnerabilidad desde una perspectiva ética, consiste en el deber moral de proteger al sujeto más frágil. En este sentido la vulnerabilidad de una persona provoca un imperativo ético, a saber, el mandato

de atención que tiene todo ser humano para con el otro²². Peter Kemp, nos aclara que "...la idea de la vulnerabilidad no se utiliza nada más en una descripción neutra de la condición humana, sino en un sentido normativo que establece un llamado al esmero atento hacia la vulnerabilidad biológica, social y cultural que caracteriza a los seres humanos vivos..."²³.

Los donadores sufren durante el proceso por varios factores; en palabras de la Dra. Sodi, por momentos da la impresión de que la donación no es tan voluntaria, esto nos dice que dentro del ámbito familiar también se paga un costo, muchos donadores tienen problemas familiares por la reticencia de algunos para que uno de sus miembros sea donador, otras, por el contrario los presionan para que lo sean, otros más tienen hijos y les preocupa que algo salga mal y éstos queden desprotegidos, o que queden con alguna discapacidad que les impida seguir trabajando.

Algunos donadores tienen que desplazarse a la ciudad de México o tienen que hospedarse en ella y eso causa grandes desembolsos y pérdida de tiempo.

¿Hasta donde el protocolo de donación al ignorar todas estas afecciones de evidente implicación ética, vulnera aún más a los afectados?

En otros aspectos, se sabe que toda persona sometida a una intervención quirúrgica en mayor o menor medida se

21 Ibid., 248.

22 Levinas, E. *Humanismo del otro hombre*, Caparrós, Madrid, 1998, 246.

23 Kemp, P. *La mundialización de la ética*, Fontamara, México, 2007, 57.

ve afectada; el caso de los donadores no es la excepción, finalmente la nefrectomía es una cirugía mayor que lleva implícitos los riesgos de cualquier cirugía; al respecto se ha detectado que 5-23% de los donadores sienten dolor, preocupación y depresión después de la nefrectomía, e incluso se manifiestan poco empáticos²⁴. Así mismo, la afección emocional se manifiesta en el punto más álgido de todo el proceso, es decir la noche previa a la cirugía, ahí es donde afloran todas las dudas, temores, negativas, incertidumbres; ante lo inminente —la pérdida quirúrgica de un órgano.

En la Unión Americana se encontró que los donadores regresaban a trabajar o a sus actividades habituales entre 4-8 semanas²⁵. En nuestro estudio encontramos que los donadores regresaban a sus labores entre 2 a 4 semanas, esto quizás influenciado por la necesidad de recuperar, a la brevedad posible, sus ingresos económicos.

5. Conclusiones

Ante todo lo expuesto queda de manifiesto que la donación de órganos, si bien se promueve bajo el presupuesto de altruismo, éste no evita que las personas involucradas como donadores no tengan repercusiones, algunas de gravedad.

24 Westlie I., Fauchald P., Talseth T., Jacobsen A., Flalmark A. Quality of life in Norwegian kidney donors. *Nephrol Dial Transplant* 1993; 8:1146-1150. Citado en Gaston R., Wadstrom J. Living donor kidney transplantation. Current practices, emerging trends and evolving challenges. Ed. Taylor and Francis. England 2005, p. 113.

25 Ibid., 114.

La mecanización en la aplicación del protocolo de donación logra —como lo demuestran los testimonios— que las personas se sientan cosificadas, la catalogación de donador, que puede ser incluso una forma coloquial de denominar a los involucrados, en las personas tiene un efecto negativo, las mujeres en especial refirieron sentimientos en contra de esta denominación, quizás no se tenga que buscar mucho al respecto, simplemente recordar que independientemente de la situación clínica por la que una persona se encuentra en el hospital, tiene un nombre propio y haya que recordarlo en todo momento.

La mecanización es una constante en este estudio y que logra marcar en forma negativa la forma en que se ejecuta el protocolo de donación, al respecto Hundert EM, nos recuerda que “el contraste es un marcador moral que llamamos actitud y que tiene la raíz en una opción personal muchas veces influenciada por el tipo de educación profesional que se ha recibido, no sólo formal, sino informal”²⁶. Resulta palpable que los estudiantes de la especialidad de nefrología —quienes son los que habitualmente se encargan de llevar a cabo el protocolo de donación— no logran escapar (aun) de la transferencia de conductas mecanizadas tanto de su ambiente hospitalario como de sus predecesores; ante esto se vuelve importante enfatizar en la educación de estos futuros especialistas que una atención diligente, alejada

26 Hundert E.M., Douglas-Steele D., Bicke J. Context in medical education: the informal ethics currículo. *Med Educ* 1996; 30:353-364. Citado en Gracia, Diego. Ética en la práctica clínica. Triacastela. Madrid. 2004, 260.

de los efectos negativos de una atención mecanizada ocasionará que los afectados toleren de mejor forma las vicisitudes que el proceso de donación les ocasiona.

La revisión de cómo se ejecuta el protocolo de donación, y como podría minimizarse las repercusiones que éste tiene en las personas que participan, nos lleva a las siguientes consideraciones:

1. Que se retire el apelativo de donador y a la persona se le llame por su nombre todo el tiempo, siendo la razón de su internamiento una nefrectomía para trasplante.
2. Que se proporcione atención psicológica una noche antes de la cirugía, con la protocolización de manejo de ansiolíticos o sedantes para los pacientes.
3. Que se sostenga la atención psicológica en aquellos cuyos receptores presentaron complicaciones.
4. Si se logra efectuar la nefrectomía para trasplante, que los gastos de la cirugía y hospitalización del paciente nefrectomizado sean absorbidos por fundaciones o la Institución Hospitalaria.
5. Que el paciente nefrectomizado reciba atención médica permanente gratuita y en especial si desarrolla alguna afección renal posterior a la cirugía.

6. Que las demás instancias sociales se involucren en el fenómeno de la donación altruista para que se desarrollen políticas que permitan que aquellos que acepten participar como donadores, no pierdan días de salarios y mucho menos sus empleos por estos motivos; que gocen de la protección legal que permita permisos laborales con goce de sueldo mientras el afectado logra restablecerse y reintegrarse a sus labores.

La revisión del protocolo y la forma en que se ejecuta nos ofrecería la oportunidad de evitar mayores costos —de todo tipo— en una familia ya flagelada por la enfermedad, al respecto hay que mantener siempre en el foco de atención lo que Levinas nos afirma “el yo de pies a cabeza hasta la médula de los huesos, es vulnerabilidad”²⁷.

Atender la afección emocional y paliar en lo posible la afección económica, que los involucrados tienen por la actitud generosa que expresan al donar un órgano para el familiar que esta necesitado hace que toda una sociedad evite que los costos se vuelvan desproporcionados, y con esto evitar el consecuente impacto negativo en la cultura de donación que precariamente hemos logrado desarrollar.

Recibido: 14-04-2009

Aceptado: 23-07-2010

27 Levinas, *op. cit.* 88.

