

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Aspectos ético-sociales del tratamiento de la insuficiencia renal en América

Aspectos éticos del tratamiento del fallo renal en América

R. A. Burgos

Departamento de Medicina. Sección de Nefrología. Hospital Universitario. San Juan (Puerto Rico).

El abordaje de los aspectos ético-sociales de una condición médica como lo es la insuficiencia renal crónica está enmarcada, obligatoriamente, dentro de la estructura sociopolítica, sanitaria y económica de los pueblos de América.

La Segunda Cumbre Iberoamericana, celebrada recientemente en Madrid, nos brindó una oportunidad única de visualizar, a través de algunos de los ilustres exponentes en ese evento, cuáles son las aspiraciones, las prioridades y las realidades económicas de América Latina. Sobre el futuro de esta región, el Rey Juan Carlos se expresó de la siguiente manera: «Sobre los cimientos de la democracia y los derechos humanos construyamos sociedades más justas y solidarias». El Presidente mejicano, Carlos Salinas de Gortari, estableció que, dentro del marco socio-económico de la región, las prioridades deben ser las siguientes: «Sólo actuando como auténtica comunidad de naciones podremos armonizar nuestras fuerzas... para enfrentar la pobreza, el deterioro ecológico y el narcotráfico».

Sin embargo, estas aspiraciones y prioridades deben estar enmarcadas dentro de la situación económica de América. El periodista de la agencia EFE Fernando Castelló, comentando sobre la Segunda Cumbre Iberoamericana, publicó un artículo titulado: «Atrapada Latinoamérica en un círculo vicioso»; dicho periodista comenta que sin democracia no puede haber desarrollo y sin éste no puede haber democracia. Termina diciendo que, pese a estos reajustes modernizadores, las economías ya han producido efectos positivos, como la contención de la inflación y del déficit público.

Sin embargo, el producto interior bruto medio ha disminuido un 8,3 %, la miseria se ha extendido y los paros huelgueros han aumentado¹.

En la revista *Newsweek* del 15 de junio de 1992 se publicó un titular que dice: «Ganadores y perdedores», y nos añade que en las resurgentes economías de Latino-

américa un grupo todavía no ha tenido acceso a muchos de los beneficios: los pobres.

Vaticinamos que el recorrido de los países de Latinoamérica hacia la supuesta ruta del progreso económico y la meta de crear sociedades más justas y solidarias va a estar plagada por el surgimiento de grandes movimientos que reclamarán justicia social para todos los integrantes de estos pueblos, especialmente las clases pobres. Esta situación plantea un serio problema en la selección de las prioridades que determinarán la macrodistribución de recursos en la región. Otra área fundamental en la consideración de los aspectos ético-sociales de la insuficiencia renal en América es lo que se conoce como «la transición en los servicios de salud».

Muchos de los países de Centro y Suramérica han concentrado sus esfuerzos en mejorar la salud materno-infantil y han roto el ciclo de pobre salubridad, mala nutrición y altas tasas de mortalidad infantil. Estos países se caracterizan por una población adulta y envejeciente en crecimiento y un aumento en la incidencia de las enfermedades crónicas propias en estos grupos de edad. Esta transición ha estado acompañada de otros cambios, como la urbanización rápida y la industrialización de los pueblos².

Dentro del panorama sociopolítico, sanitario y económico que hemos descrito anteriormente, es válido preguntarse: ¿Cuál es la magnitud del problema de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en América? ¿Cuáles son los recursos destinados a tratar esta enfermedad en América? Antes de proseguir, preferimos denominar a la IRCT como enfermedad renal crónica permanente (IRCP), ya que es el riñón y no el paciente el que está terminal.

Borrero³, en una publicación de la Organización Panamericana de la Salud, señala que los indicadores más adecuados para expresar el efecto de la insuficiencia renal en la población serían las tasas de incidencia (casos nuevos) y prevalencia (casos acumulados) por millón de habitantes. Estas tasas son difíciles de obtener y varían considerablemente entre los pueblos de la región de América; por tanto, es necesario recurrir a las tasas de pacientes en diálisis por millón de habitantes, las cuales expresan solamente la demanda satisfecha por los servicios disponibles (tabla I)⁴.

Un análisis de estos datos demuestra que son pocos

Correspondencia: Rafael Burgos Calderón.
Dialysis Unit-UDH.
GPO Box 5067.
00936 San Juan (Puerto Rico).

Tabla I. Distribución de los países según rangos de la tasa de pacientes en diálisis en países seleccionados de la región de las Américas. Finales de 1987

Pais	Tasas por 1.000.000
Estados Unidos y Puerto Rico	300 +
Uruguay	200-299
Argentina	100-199
Brasil, Chile y Venezuela	50-99
Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemnala, Méjico, Panamá, Paraguay y Perú	50

Fuente: Organización Panamericana de la Salud⁴.

los países de América Latina donde se observa una tasa de pacientes en diálisis de más de 100 por millón de habitantes.

En Latinoamérica resulta difícil transferir al pueblo el beneficio del adelanto tecnológico en diálisis y trasplante renal. Los índices del desarrollo socioeconómico reflejan una inversión muy baja en servicios de diálisis (tabla II). Es, por tanto, utópico aspirar a alcanzar el punto de equilibrio, que es la cobertura total de los pacientes con insuficiencia renal crónica permanente (IRCP)⁵.

Nos hemos detenido a considerar los aspectos económicos, la transición en los servicios de salud y la magnitud del problema de la IRCP en los países de América, porque es fundamental a la discusión de los problemas de índole ético-social en estos países.

El primer problema de índole social, que surge al considerar la transferencia de la tecnología terapéutica para sustituir la función en la IRCP con diálisis y trasplante, es uno de la macrodistribución de recursos económicos limitados. Como se indica anteriormente, la primera prioridad de los países latinoamericanos ha sido la reestructuración de sus economías. Hasta el presente estos pasos, paradójicamente, han empeorado la pobreza y el descontento social en la región. Los recursos económicos van a ser destinados, con carácter prioritario, a combatir la pobreza, el deterioro ecológico y el narcotráfico.

La limitación de recursos económicos para atender las crecientes necesidades de los pueblos de América pre-

senta nuevos retos a los gobiernos y a las organizaciones internacionales sanitarias y voluntarias dedicadas a mejorar la salud regional y mundial. Cada día se hace más evidente que no se puede hacer por todo el mundo.

Tanto Kilner⁶ como Callahan⁷ ofrecen respuestas para decidir quién vive y quién muere en una sociedad y cuáles deberían ser los criterios de selección. Quién decide y cómo decide, son grandes interrogantes a las cuales nuestra sociedad tiene que enfrentarse.

Escovitz² señala que aunque la declaración de Alma Alta, en la cual se promueve la salud para todos en el año 2000, no excluye a los adultos, las estrategias de implantación de la declaración enfatizan, casi exclusivamente, en la salud materno-infantil y las enfermedades infecciosas. La aplicación de la declaración a las enfermedades crónicas del adulto debe incluir no solamente primarios selectivos, reenfatizando las estrategias preventivas, sino también modelos secundarios y terciarios selectivos. La selectividad debe estar basada tanto en la eficiencia como en la disponibilidad de recursos.

Los limitados recursos de los países de América obligan a los gobiernos y sus sociedades a establecer criterios que limiten el acceso a los servicios de diálisis y trasplante. En las situaciones en que es necesario imponer restricciones, se deben tener en cuenta los principios éticos de la distribución equitativa, el beneficio de la mayoría, la disponibilidad de recursos y el no discriminar por sexo, raza, religión, política, escala social o económica⁸.

Tanto los países desarrollados como los que se encuentran en vía de desarrollo deben establecer criterios de selección y exclusión para los pacientes en IRCP. En la actualidad, en los Estados Unidos existe una controversia en torno a si se deben establecer de nuevo criterios de selección para los pacientes con IRCP⁹. La gran pregunta es quién debe establecer los criterios, si es la sociedad, el Congreso, la comunidad nefrológica o los planes de seguro médico. Es mandatoria la participación activa de los pacientes de diálisis y trasplante en cualquier proceso que intente restringir opciones.

Definitivamente, establecer criterios de selección significa racionar servicios a los pacientes que los necesiten. Los gobiernos racionan controlando la cantidad de recursos que asignan a la salud en general, pero no en el nivel de entrada al sistema de salud. Paradójicamente, son generalmente los médicos los agentes de racionamiento, ya que para el tratamiento de cada caso, en particular, deben estar regidos por el principio ético de beneficencia y de no hacer daño. Es imperante que la comunidad nefrológica, junto a bioeticistas de los países de América, tomen la iniciativa y establezcan criterios de selección y exclusión basados en los principios éticos señalados anteriormente. Luego de establecidos esos criterios, es la sociedad la que debe decidir si raciona o no los servicios a los pacientes con IRCP. No hacer nada significa ser conspiradores del silencio y perpetuar la injusticia a la que son sometidos los pacientes con IRCP en la mayoría de los países de América.

Tabla II. Gastos reales y probables en diálisis (miles de millones de dólares estadounidenses)

Región	Año	Reales	Equilibrio
Estados Unidos de América.	1982	1.345	2.252 (cubierto)
Europa	1981	1.041	5.661 (cubierto en un 60 %)
América Latina	1984	346	3.608 (utópico)

Fuente: Borrero J⁵.

En la Primera Conferencia de Consenso sobre Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante, celebrada en Caracas (Venezuela¹⁰), auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud, recomendaron las siguientes estrategias para garantizar la aplicación justa del acceso a los servicios de diálisis y trasplante:

1. Crear centros nacionales de diálisis y trasplante dotados de sistemas computarizados.
2. Poner la selección en manos de grupos nefrólogos o de grupos de diálisis y trasplante o crear comités de selección o supervisión.
3. Propulsar la creación de leyes sobre trasplante y donación de órganos que reflejen aspectos éticos.
4. Condenar la comercialización de los órganos o tejidos para trasplante.
5. Establecer criterios sobre muerte cerebral, estado de coma y el persistentemente vegetativo.

Yo creo que, además, deben establecerse comités de bioética que aclaren y ayuden en la toma de decisiones para limitar acceso a diálisis y trasplante y que puedan consultarse cuando se planifica discontinuar a pacientes de diálisis, ya sea por petición propia del paciente o que el médico considere que el tratamiento es fútil.

Se debe establecer jurisprudencia sobre el derecho del paciente, con capacidad para hacer decisiones, a rechazar o aceptar tratamiento médico. Estas deben reflejar su autonomía sobre lo que más le conviene en determinada situación. Debemos establecer criterios para garantizar el derecho de las personas incapaces para aceptar o rechazar tratamiento, como se ha hecho en los Estados Unidos y Puerto Rico, siguiendo las directrices de la legislación federal¹¹.

Se debe fomentar el uso de testamentos vitales, poder notarial y directrices anticipadas que nos ayuden a hacer decisiones más justas y éticas cuando los pacientes no tengan capacidad para tomar decisiones.

Elizari Basterra¹² señala que en nuestro tiempo la ideología médica triunfante es la de curar y, de esta forma, contribuir a la prolongación de la vida. Nos indica apropiadamente «que otro punto sobre el cual debe definirse tanto la sociedad como la medicina es el de la calidad de vida para los ancianos y los ciudadanos en general, por encima de la mera prolongación de la vida. Nuestra cultura no puede ser un canto a la vida a cualquier pre-

cio ni caer en una idolatría del existir: el vitalismo a ultranza es inmoral. La medicina ha de aceptar tanto sus limitaciones como los límites de la técnica y del organismo humano».

Lo que nos señala Elizari Basterra en el párrafo anterior es una situación que las sociedades y los hombres de ciencia tenemos que afrontar si queremos utilizar los recursos de los pueblos del mundo con justicia y equidad. Es necesario establecer una nueva alianza entre los gobiernos y la empresa privada para que éstas se puedan utilizar para conseguir objetivos públicos.

Es inminente establecer criterios de selección y decir bajo qué condiciones es mejor discontinuar diálisis o quién se debe trasplantar. Estas decisiones deben estar basadas en realidades económicas y estar fundamentadas en los principios éticos de justicia, economía y beneficencia.

Bibliografía

1. Castelló F: Atrapada Latinoamérica en un círculo vicioso. *El Nuevo Día*. San Juan, P. R., 24 de julio de 1992.
2. Escovitz GH: The Health Transition in Developing Countries: A Role for Internist from the Developed World. *Ann Intern Med*, 116:499-504, 1992.
3. Borrero J: Epidemiología y Terapéutica. Organización Panamericana de la Salud. Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante. Primera Conferencia de Consenso. Washington, DC, 1989. *Publicación Científica*, 520:69-107.
4. Organización Panamericana de la Salud: Las condiciones de la salud en las Américas, 1981-1984. Washington, DC, 1986. *Publicación Científica*, 500, vol. 2.
5. Borrero J: End-Stage Renal Disease in Latin America. Socio-Economic Aspects of its Therapy. Documento presentado en el Congreso Latinoamericano de Trasplante. Buenos Aires, 6-10 de septiembre de 1987.
6. Kilner JF: Who Lives. Who Dies. Ethical Criteria in Patient Selection. New Haven and London, Yale University Press, 1990.
7. Callahan D: What Kind of Life. The Limits of Medical Progress. New York, Simon and Schuster, 1990.
8. Organización Panamericana de la Salud. Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante. Primera Conferencia de Consenso. Washington, DC, 1989. *Publicación Científica*, 520:154.
9. Dialysis. No Dialysis. Who Decides. *Nephrology News and Issues*, vol. 6, núm. 2. Feb. 1992.
10. Organización Panamericana de la Salud: Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante. Primera Conferencia de Consenso. Washington, DC, 1989. *Publicación Científica*, 520:155.
11. Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990. *Public Law*, 101-508.
12. Elizari Basterra FJ: *Bioética*. Madrid, España. Ediciones Paulinas, 1991.