

bioética tx

2º CONGRESO SOBRE BIOÉTICA Y TRASPLANTE
Pamplona-Iruña, 27 - 28 octubre 2006

 NOVARTIS



ESMYFO14168LIB092008

Trasplante renal de donante vivo Koldo Martínez Urionabarrenetxea (ed.)

Trasplante renal de donante vivo

Koldo Martínez Urionabarrenetxea (ed.)

LIBRO DE COMUNICACIONES



Trasplante Renal de Donante Vivo

2º Congreso sobre Bioética y Trasplante
(Iruña-Pamplona, 27 y 28 de octubre de 2006)

Trasplante Renal de Donante Vivo

2º Congreso sobre Bioética y Trasplante
(Iruña-Pamplona, 27 y 28 de octubre de 2006)

Editor:

Koldo Martínez Urionabarrenetxea

ÍNDICE

Prólogo. <i>Koldo Martínez Urionabarrenetxea</i>	9
Presentación. <i>Rafael Matesanz</i>	11
Conferencia. El trasplante renal con donante vivo. <i>Blanca Miranda,</i> <i>Rafael Matesanz</i>	13
1. Papel de la instituciones sanitarias (Hospital, CEA, ONT) en la gestión de los procesos de tx renal de donante vivo (TRDV).....	21
Donación de vivo en el Hospital Clínic. <i>J. Vilardell, M. Manyalich</i>	23
Inicio de un programa de TRDV. <i>A. Olaizola, P. Elorrieta, R. Lavari,</i> <i>P. Olaizola, J. Aranzabal</i>	33
Papel del Comité de Ética para la asistencia sanitaria en la donación renal de vivo. <i>Miguel Casares Fernández-Alvés</i>	39
Papel del CEA en el proceso de trasplante renal de donante vivo. <i>Juan Carlos Álvarez</i>	49
2. Aspectos ético-legales del TRDV	59
La intervención judicial en la donación de órganos por donantes vivos: algunas consideraciones. <i>Juan Manuel Fernández</i>	61
Dimensiones jurídicas de los trasplantes de vivo. <i>Luis González Morán</i>	69
Conflicto de intereses en la donación de órganos procedentes de donante vivo. <i>Fco. Javier Rivas Flores</i>	81
Aspectos ético-prácticos en el trasplante renal de vivo. <i>Rosa Deulofeu Vilarnau</i>	91

Editor: Koldo Martínez Urionabarrenetxea
kmartinu@cfnavarra.es

© De los autores

ISBN: 978-84-612-3505-6

Depósito Legal/Lege gordailua:

3. La práctica del TRDV	107
Consentimiento informado del donante. <i>Manuel De los Reyes López</i>	109
Consentimiento informado del receptor. <i>Julio González Cotorruelo</i>	119
Proceso de estudio del donante vivo de riñón. <i>Lluís Guirado</i>	127
Indicaciones y Criterios. <i>Federico Oppenheimer</i>	135
4. Experiencias personales de donante y trasplantado renal.....	143
Trasplante de Donante Vivo: Mi Experiencia Personal y la Postura de ALCER. <i>Antonio González</i>	145
Mi experiencia como receptor a de un riñón de mi marido. <i>Cristina Pozzi</i> ...	151
Mi experiencia como donante de un riñón a mi mujer. <i>Antonio Ortega</i>	153
5. Tx Hepático de donante vivo. Evolución desde 2003 hasta hoy	155
Trasplante hepático de donante vivo. Perspectiva internacional. <i>Blanca Miranda</i>	157
Puntos de encuentro para una ética de los TX con donante vivo. Experiencias compartidas y evolución desde el 1º Congreso de 2003 hasta hoy. <i>Juan Luis Trueba</i>	171
6. Valores básicos de la donación y el Tx de órganos ¿Estamos ante una subversión de los valores fundamentales del proceso de donación-Tx?	183
Valores básicos de la donación y el Tx de órganos. ¿Estamos ante una subversión de los valores fundamentales del proceso de donación-Tx?. <i>Dolores Andreu</i>	185
Solidaridad y justicia en los trasplantes con donante vivo. <i>Lydia Feito</i>	195
Humanidad sostenible. <i>Koldo Martínez</i>	213
Mesa de Conclusiones.....	233
Conferencia de Clausura.....	239
Dignidad y vulnerabilidad. <i>Diego Gracia</i>	241

PRÓLOGO

Las últimas palabras que escribí en el prólogo del Libro de Comunicaciones del I Congreso de Bioética y Trasplante sobre “Trasplante hepático de donante vivo” decían así: “Espero que nos volvamos a encontrar en un futuro próximo para seguir debatiendo con la única intención de mejorar la calidad de la asistencia que debemos a nuestros conciudadanos”.

Tres años después de ese primer Congreso que celebramos en Iruña-Pamplona en Noviembre de 2003, creo no equivocarme cuando afirmo que la sensación que todos los participantes en él tuvimos fue de alegría por haber participado activamente en algo importante. Así lo viví y así lo recuerdo. La alegría se debía, en gran medida, al mero hecho de habernos reunido personas de ámbitos diferentes (clínica, filosofía, ética, derecho, etc.) y haber hablado entre nosotros, cada uno desde su disciplina más propia, de la problemática que presenta el trasplante de órganos de donante vivo. De haberlo hecho con serenidad, prudencia y respeto. De haber perdido el miedo a hablar. Y de haber logrado, fruto de todo ello, superar ciertos prejuicios habituales, ideas preconcebidas al uso sobre las ideas –y las personas incluso– de otras disciplinas o áreas del conocimiento. Lo cual de por sí hubiera sido bastante.

Pero hubo más. Las aportaciones de los ponentes unidas a las reflexiones, preguntas y afirmaciones de los asistentes al Congreso enriquecieron de manera notable la perspectiva de los allí reunidos y pudimos llegar a consensos que se reflejaron en las conclusiones publicadas, que pueden leerse en el libro citado.

Entonces dijimos que el trabajo mereció la pena y que era necesario seguir reuniéndonos para hablar y pensar juntos sobre otros problemas que los procesos de donación y trasplante de órganos y de tejidos pudieran hacer surgir. Por eso, en octubre de 2006 celebramos el II Congreso de Bioética y Trasplante, esta vez sobre “Trasplante renal de donante vivo (TRDV)”. Este Congreso se celebró durante los días 27 y 28 de octubre en el salón de actos del Centro de Encuentros y Servicios Profesionales, con muy buenas asistencia y participación.

Tuvimos la suerte de contar con Blanca Miranda que nos informó de la dispar situación de la donación y el trasplante de órganos de vivo en el mundo. También fue un placer escuchar al Profesor Diego Gracia disertar sobre “Dignidad y Vulnerabilidad”.

Los doctores Martí Manyalich, Alberto Olaizola, Miguel Casares y Juan Carlos Álvarez moderados por M^a Luisa Arcos, reflexionaron conjuntamente sobre el papel de las distintas

instituciones sanitarias en la gestión de los procesos de TRDV. Los aspectos ético-legales del TRDV fueron analizados en otra mesa con la participación de Juan Manuel Fernández, Fco. Javier Rivas, Roser Deulofeu y Luis González Morán, moderados por Carlos de Santiago. Juan Carlos Delgado moderó la mesa que incidió en los aspectos prácticos del TRDV con la participación de Manuel de los Reyes, Julio G. Cotorruelo, Lluís Guirado y Federico Oppenheimer. Blanca Miranda y Juan Luis Trueba, moderados por Fina Ripoll analizaron la evolución del trasplante hepático de donante vivo en España y con la ayuda de Juan José Unzué presentaron además las conclusiones de este II Congreso sobre TRDV. Raquel Buisán moderó una mesa redonda que analizó los valores básicos de la donación y el trasplante de órganos. En ella participaron Dolores Andreu, Lydia Feito y quien esto escribe.

La Asociación de Bioética Fundamental y Clínica celebró una Asamblea durante el transcurso del Congreso, lo cual fue motivo de satisfacción para los organizadores del evento.

Pero quizás lo más emotivo, estimulante y emocionante del Congreso fue la mesa en que Antonio Ortega y Cristina Pozzi, ayudados por Adela Getino, contaron sus experiencias personales como donante y receptora de un riñón. Fue inolvidable y a ellos les quiero expresar de forma muy especial mi agradecimiento más sincero y profundo. Nunca olvidaremos sus palabras. En la misma mesa intervino Antonio González que nos habló de sus vivencias como enfermo renal y nos aportó sus sugerencias de un modo especialmente conmovedor.

El Congreso no hubiera sido posible sin la generosa ayuda del Ministerio de Sanidad y Consumo, de la Organización Nacional de Trasplantes y del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. A todos ellos nuestro agradecimiento. Y a todos los ponentes –amigos ya todos– que con su ilusión y sus reflexiones hicieron que también éste fuera un buen Congreso.

Quiero finalizar este prólogo con las mismas palabras con que cerraba el del libro del I Congreso: “Por eso, *eskerrik asko denei*, muchas gracias a todos y a todas. Espero que nos volvamos a encontrar en un futuro próximo para seguir debatiendo con la única intención de mejorar la calidad de la asistencia que debemos a nuestros conciudadanos”.

Koldo Martínez Urionabarrenetxea

PRESENTACIÓN

Es bien sabido que España ocupa un lugar más que relevante en el contexto internacional en materia de donación y trasplante de órganos, tejidos y células. Desde 1992, nuestro país se situó en el primer lugar indiscutible en cuanto a la actividad de donación y de la mayoría de los trasplantes de órganos sólidos, con unos resultados cualitativos equiparables o superiores a los de países con una larga tradición científica y tecnológica.

Este hecho es y debe ser objeto de legítimo orgullo, sobre todo porque permite a un número muy considerable de nuestros compatriotas salvar su vida o mejorar de forma muy significativa su estado de salud. A día de hoy son alrededor de 300.000 los españoles que han recibido un trasplante lo que hace cada vez más probable que todos tengamos en nuestro entorno alguien que haya estado esperando o haya experimentado una de estas intervenciones. A esta situación se ha llegado gracias a la generosidad de otros ciudadanos anónimos que han donando sus órganos o los de sus familiares, a un sistema sanitario bastante mejor de lo que habitualmente se cree o se admite y a un sistema organizativo propio y peculiar, el “Modelo Español” que está siendo trasladado a numerosos países a la vista de su eficacia demostrada.

Pero nada de esto sería posible si no se asentara sobre unos principios éticos muy firmes, que aseguren a todos los ciudadanos que necesiten un trasplante que lo van a recibir sin discriminación posible (ni negativa ni positiva) por motivos económicos, sociales o de cualquier otro tipo. La confianza generada en la población española por nuestro sistema de trasplantes es un bien intangible pero que está ahí, ha costado mucho levantar y que por tanto debemos esforzarnos al máximo en conservar.

Por ello, cualquier acción que se emprenda en la dirección de reforzar esta faceta me parece particularmente relevante y digna de ser apoyada. El congreso celebrado en Pamplona, cuyo libro de comunicaciones me honro en prologar supone un esfuerzo de un nutrido equipo de expertos de toda España que han revisado uno de los aspectos éticos más relevantes y de actualidad del apasionante mundo de los trasplantes: la donación de vivo. Hay mucho trabajo y mucha ilusión por parte de los autores y la dirección de la obra y estoy seguro que será de una gran utilidad para todos los lectores. Mi felicitación a los promotores de la idea y a todos los que la han hecho posible.

Rafael Matesanz
Coordinador Nacional de Trasplantes

EL TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO

EL TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO

Blanca Miranda - Rafael Matesanz
Organización Nacional de Trasplantes. Madrid
Enero 2007

1.- INTRODUCCIÓN

El trasplante Renal es, sin duda, el tratamiento de elección en casos de Insuficiencia Renal Terminal, cuando ello es posible y está indicado en el paciente en cuestión. Miles de enfermos se benefician cada año del trasplante de un riñón y de los años de vida ganados y la calidad de vida que esta opción terapéutica ofrece. Dentro de esta modalidad de trasplante, la utilización de riñones de un donante vivo ofrece indudables ventajas; el órgano que se va a trasplantar es “el mejor posible” ya que el donante ha sido estudiado meticulosamente desde el punto de clínico y será descartado ante el menor problema. Por otro lado, el procedimiento quirúrgico, electivo y programado, evita todo sufrimiento al órgano a trasplantar y deja en prácticamente inexistente el periodo de isquemia fría. Con un riesgo relativamente bajo para el donante se ofrece reducir la necesidad de tratamiento sustitutivo con diálisis, con el consiguiente impacto positivo que ello conlleva tanto en términos de morbilidad y complicaciones como desde el punto de vista de la adaptación psicológica a la enfermedad, las relaciones familiares y sociales, las oportunidades laborales o de formación e incluso el coste económico. Se trata de una alternativa válida para paliar la escasez relativa de órganos para trasplante y contrarrestar el cambio evolutivo de las características de los donantes fallecidos hacia una mayor edad o hacia una mayor prevalencia de patologías como la hipertensión o la diabetes. En cualquier caso, no hay que perder de vista que hay que cuidar escrupulosamente los aspectos éticos, legales y sociales del trasplante de vivo, así como los aspectos técnicos relativos a la evaluación y seguimiento médico de los donantes. Por ello es básico diseñar procedimientos estandarizados que puedan ser debatidos y acordados a nivel internacional para lo cual es fundamental que exista una cooperación entre organizaciones de trasplantes, sociedades científicas y organismos sanitarios internacionales.

2.- LA NECESIDAD

Cada año fallecen en el mundo más de un millón de personas aquejadas de Insuficiencia Renal Terminal (IRT) y este problema crecerá inexorablemente en los próximos 10 o 20 años, periodo en el cual se espera que se duplique la incidencia de diabetes en algunas regiones OMS. Recordemos que la diabetes es en la actualidad la primera causa de insuficiencia renal crónica en muchos países. En el momento actual la prevalencia de IRT oscila entre 800 y 1000 pacientes por millón de población en la mayoría de países desarrollados y muchos países en vías de desarrollo. Y es precisamente en estos últimos donde la necesidad de trasplante se hace más acuciante ya que, para ellos, los costes del tratamiento sustitutivo con alguna modalidad de diálisis son sencillamente inabarcables. El trasplante es, además de la forma más fisiológica de tratamiento sustitutivo, la opción más barata y la única fórmula para aplicar a un número razonable de pacientes. En nuestro medio europeo, con la mencionada prevalencia media de IRT y asumiendo que sólo el 20% fuera candidato a trasplante (proporción extremadamente baja) se registrarían en un corte transversal unos 100 pacientes pmp como candidatos a recibir un trasplante. De los más de 50.000 pacientes así reconocidos, y asumiendo las tasas de mortalidad anual publicadas para estos enfermos, morirán aproximadamente 1500 al cabo de cada año en espera. Eso significa que cada día fallecen 4 pacientes renales registrados en las listas de espera en el contexto de los países de la Unión Europea. En España hay sistemáticamente alrededor de 4000 pacientes registrados en espera de un trasplante renal. Cada año entre 100 y 150 pacientes van a fallecer por complicaciones de su enfermedad renal sin recibir esta opción terapéutica. Se calcula que, con la tasa de incidencia de IRC en España, serían necesarios unos 60 trasplantes pmp y año para hacer frente a las necesidades planteadas, sin embargo, habida cuenta del histórico acumulado en la lista de espera, sería necesario que durante algunos años esta cifra fuese más elevada para poder reducir el número de pacientes en espera de forma eficaz y realmente visible.

El programa español de control de calidad del proceso de donación nos marca unos indicadores muy claros en cuanto al patrón oro para establecer el potencial de donación de personas fallecidas. En condiciones ideales de detección mantenimiento del potencial donante y control de la evolución del proceso en sí, además de una tasa reducida de negativas a la donación de alrededor del

15% , se puede calcular que un 65% de las personas que fallecen en una unidad de Cuidados Intensivos de un hospital con neurocirugía en condiciones de ser diagnosticadas de muerte encefálica, podrían ser donantes de órganos. Ello supondría un incremento máximo del 20% de nuestra tasa de donación y una posibilidad real en torno a un incremento del 10%. De esta manera, el máximo de trasplantes renales de donante cadáver se situaría en 2500 intervenciones anuales, cifra claramente insuficiente para hacer frente a las necesidades antes comentadas.

3.- LA ACTIVIDAD Y LOS RESULTADOS

Cada año se realizan en el mundo cerca de 55.000 intervenciones de trasplante renal, de las que aproximadamente un 5% son renales de donante vivo. Hay zonas OMS donde la gran mayoría son trasplantes de donante vivo, como son las Regiones de Centro y Sudamérica o la Región Asiática.

En la UE el 14% de los trasplantes renales anuales (más de 16.000), se realizan con donante vivo y en algunos países como por ejemplo el Reino Unido o los Países Nórdicos, este porcentaje supera el 40%.

En España las intervenciones con donante vivo se acercan al centenar anual, lo que constituye el 2% del total.

Los resultados del trasplante renal con donante vivo son siempre mejores que con cualquier modalidad de trasplante renal de cadáver. La supervivencia anual compara un 95% con un 87% y la esperanza de vida media, 22 contra 14 años. Podría pensarse que ello se debe a una mejor compatibilidad, ya que muchas de las parejas de donante y receptor están emparentados, pero esta regla se cumple igualmente para los casos en que donante y receptor no tienen relación genética.

El trasplante con donante vivo permite acortar los tiempos de espera en diálisis o incluso hacerlos desaparecer, y ello redundaría en una mejor supervivencia del injerto. El riñón de un donante vivo es el mejor posible y trasplantado en condiciones óptimas tanto por la ausencia de sufrimiento en el periodo preagónico o en la isquemia y posterior repercusión, como porque el receptor está

en mejores condiciones y porque permite otras ventajas añadidas como puede ser la posibilidad de iniciar terapias de inducción.

4.- EL RETO: LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como hemos apuntado anteriormente no podemos dejar de considerar muy escrupulosamente algunos condicionantes éticos y sociales inherentes a esta modalidad terapéutica. Es verdad que no debemos coartar la posibilidad de que cualquier persona que así lo desea pueda ser donante si su decisión está libre y voluntariamente tomada, y que no debe circunscribirse esta posibilidad sólo a los parientes o allegados de los pacientes. Sin embargo, es preciso constatar que cada vez son más los donantes no relacionados que registramos. En los últimos años los grupos de donantes que mejor subida han experimentado en el Registro de los EE.UU. son los denominados no relacionados (ya son el 30% del total) y los trasplantes de descendientes a progenitores (el 16%). Cada vez son más numerosos los programas de intercambio en sus diversas modalidades: intercambio de parejas por incompatibilidad tisular, intercambio de donante contra una opción prioritaria en la lista de espera de cadáver o donación abierta a las listas de espera. Es cierto que no deben cerrarse estas opciones, pero también lo es que este tipo de programas y actividades se deben dotar de las suficientes garantías éticas.

Los programas de donación de vivo deben reducir al mínimo los riesgos para el donante, de ahí la necesidad de protocolizar el estudio y seguimiento clínico de estas personas así como garantizar que no se menoscaban sus derechos sociales por el hecho de haber contribuido tan significativamente a la salud del receptor.

La ausencia real de órganos para trasplantar a todo aquel que lo necesite es una evidencia y en estos casos de necesidad la puerta a la picaresca y al abuso siempre esta abierta. Somos y debemos seguir siendo responsables de garantizar la salvaguarda de los principios básicos de dignidad de las personas y de impedir que se abuse de los grupos sociales más vulnerables. La compraventa establecida de riñones para trasplante ha sido denunciada y comprobada abiertamente en muchas regiones o con diferentes caras. Venta abierta, intermediación, utilización de órganos de individuos condenados y ejecutados etc. y esto es algo que no se puede, ni se debe admitir.

Los organismos internacionales y las sociedades científicas tienen la obligación de tomar posiciones muy claras al respecto de lo que supone respaldar o incluso sólo tolerar este tipo de actuaciones. Las partes del cuerpo humano no son, no deberían ser objeto de compra y venta y hay razones más que poderosas para preservar la idea de que los órganos sean donados y nunca vendidos.

5.- CONCLUSIONES

El trasplante Renal con Donante Vivo:

- Es una opción terapéutica más para el tratamiento de la IRC.
- Está aceptado por pacientes y profesionales sanitarios.
- Es éticamente aceptable.
- Los aspectos relacionados con la seguridad y la calidad en el proceso están mejor cubiertos.
- Permitiría mejorar el déficit en las necesidades de trasplante renal.
- Tiene una mejor tasa de supervivencia a medio y largo plazo, en cualquiera de sus formas, en relación al trasplante de cadáver.
- Las tasas de retrasplante son muy inferiores a otras modalidades de trasplante renal.
- Los problemas para el donante son cada vez menores.
- Permite el trasplante con periodos cortos de diálisis o incluso sin diálisis, lo que mejora la supervivencia.
- La relación coste / beneficio es evidentemente ventajosa.
- El respeto de los principios éticos básicos debe presidir nuestras actuaciónes en este terreno.

**PAPEL DE LA INSTITUCIONES SANITARIAS
(HOSPITAL, CEA, ONT) EN LA GESTIÓN
DE LOS PROCESOS DE TX RENAL DE DONANTE VIVO
(TRDV)**

DONACIÓN DE VIVO EN EL HOSPITAL CLÍNIC

J. Vilardell, M. Manyalich

Coordinación de Trasplantes. Hospital Clínic de Barcelona

UN MODELO DE ORGANIZACIÓN

La donación de vivo surge como una alternativa terapéutica válida, y como una nueva fuente para aumentar el número de órganos disponibles para trasplante, para poder hacer frente al aumento creciente de la demanda. La donación de vivo pretende ser un complemento a la donación de cadáver; nunca debería de ser una sustitución.

La donación de vivo se sustenta en sus buenos resultados mostrados para el receptor y el bajo riesgo en cuanto a morbilidad y mortalidad en el donante. No obstante, la donación de vivo sigue siendo un tema controvertido desde el punto de vista de la bioética y a menudo se erige como un motivo de debate en todos los foros de trasplante.

La donación de vivo está expresamente autorizada por la Ley de Trasplantes 30/1979 de 27 de Octubre, y desarrollada en el real Decreto 2070/1999 de 30 de Diciembre.

El Real Decreto 2070/1999, hace referencia a la donación de vivo en tres de sus capítulos:

- Capítulo II, artículo: 8.- Gratuidad de las donaciones.
- Capítulo III, artículo: 9.-Donante vivo de órganos. Condiciones y requisitos.
- Capítulo III, artículo: 11.- Centros de extracción de órganos de donante vivo.

GRATUIDAD DE LAS DONACIONES

1. No se podrá percibir gratificación alguna por la donación de órganos humanos por el donante, ni por otra persona física o jurídica.

2. La realización de los procedimientos médicos relacionados con la extracción no será, en ningún caso, gravosa para el donante vivo.
3. No se exigirá al receptor precio alguno por el órgano trasplantado.

DONANTE VIVO DE ÓRGANOS. CONDICIONES Y REQUISITOS

1. Condiciones y requisitos.
2. Posibilidades de éxito y que no se altere el libre consentimiento del donante.
3. Informe perceptivo del Comité de Ética del hospital trasplantador.
4. Certificado médico.
5. Consentimiento expreso ante el juez encargado del registro civil.
6. Deberá facilitarse al donante vivo asistencia sanitaria para su restablecimiento.

CENTROS DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS DE DONANTE VIVO

1. La extracción de órganos procedentes de donantes vivos para su ulterior trasplante en otra persona sólo podrá realizarse en los centros sanitarios expresamente autorizados por la autoridad sanitaria competente de la Comunidad Autónoma correspondiente.
2. Han de estar autorizados como centros de extracción de órganos de donantes fallecidos y como centro de trasplante del órgano para el que se solicita la autorización de extracción de donante vivo.
3. La autorización determinará la persona a quien, además del responsable de la unidad médica en que haya de realizarse el trasplante, corresponde dar la conformidad para cada intervención, previa comprobación de que se cumplen las condiciones y requisitos señalados en el artículo 9 del Real Decreto 2070/1999.

MODELO DE ORGANIZACIÓN DEL TRASPLANTE DE DONANTE VIVO EN EL HOSPITAL CLÍNIC

El Hospital Clínic de Barcelona viene realizando trasplantes renales con riñón procedente de donante vivo desde 1965, y de hígado desde el año 2000. Cabe

señalar que, en la década de los noventa y a causa del aumento progresivo del número de órganos procedentes de cadáver donantes, la actividad de trasplante renal de donante vivo experimentó un descenso considerable. Pero, en la actualidad, la actividad de trasplantes a partir de donante vivo experimenta un crecimiento muy importante. En el año 2005 de los 158 trasplantes renales que se realizaron, 24 (15 %) fueron de donante vivo.

El modelo actual de organización de los trasplantes de vivo en el Hospital Clínic de Barcelona está concebido para poder cumplir de forma exquisita con la normativa actualmente vigente. En este sentido, el modelo garantiza la calidad total del proceso donación-trasplante, centrando nuestro interés, de forma especial, y como no podría ser de otra manera, en la protección integral del donante.

En este modelo, la Unidad de Trasplante Renal, la Unidad de Trasplante Hepático y el Servicio de Coordinación de Trasplantes unen sus esfuerzos para llevar a cabo todas las fases del procedimiento. Se trata de un modelo de participación que, respetando las funciones de cada una de las partes integrantes, trata de evitar las prácticas no correctas, el comercialismo y el tráfico de órganos.

FASES DEL MODELO

A continuación, comentaremos las distintas fases del proceso:

- Promoción y detección.
- Evaluación Médica y evaluación quirúrgica.
- Evaluación de Coordinación de Trasplantes.
- Programación.
 - Comité de ética.
 - Registro Civil.
- Extracción y Trasplante.
- Seguimiento del donante.

PROMOCIÓN Y DETECCIÓN

El modelo de organización del trasplante de vivo en el Hospital Clínic de Barcelona trata de promover e informar a todos los pacientes en espera de un trasplante renal o hepático de la posibilidad de la realización del mismo con un órgano procedente de un donante vivo. Para ello con el objetivo de informar a los pacientes y familiares, periódicamente, se organizan sesiones informativas acerca de las diferentes modalidades de trasplante, entre ellas donante vivo.

En estas sesiones participan distintos profesionales: hepatólogos, nefrólogos, cirujanos hepáticos, urólogos, el coordinador de trasplantes y, en ocasiones asiste un donante vivo para dar su testimonio y compartir su experiencia con todos los asistentes.

Los asistentes a las sesiones informativas tienen la oportunidad de preguntar y aclarar dudas acerca de su problema concreto. Con frecuencia, a raíz de estas reuniones surgen personas interesadas en recibir más información acerca de la donación de vivo. A partir de aquí, los componentes del equipo de trasplante correspondiente (renal o hepático) personalizan la información, e inician el estudio de donante potencial si procede.

EL PAPEL DEL COORDINADOR DE TRASPLANTES EN LA DONACIÓN DE VIVO

El coordinador de trasplante es el encargado de:

- Explicar al donante de todos los pasos y trámites que deben de seguirse, a la vez que presentarse como referente a lo largo de todo el proceso.
- Realizar la evaluación médica del riesgo biológico del donante
- Valoración social del donante.
- Valoración del posible impacto económico de la donación (baja laboral, pérdidas económicas).
- Constatar que se trata de una donación altruista.
- Obtención del Consentimiento informado.
- Presentación del caso al Comité de Ética del hospital.

- Gestión del procedimiento del Registro Civil.
- Seguimiento de la extracción y el trasplante.
- Seguimiento del donante.

En primer lugar, el coordinador de trasplantes se presenta a las personas que acuden a su consulta, y acto seguido pasa a identificar a la pareja donante y receptor mediante la presentación de los respectivos DNIs, tarjetas sanitarias y un justificante del vínculo familiar (libro de familia, partida de nacimiento, etc.), en los casos de que lo haya. A continuación les informa de todos los trámites que exige la normativa de trasplantes para llevar a cabo una donación, a la vez que se presenta como persona que le ayudará en la realización de los mismos.

En el caso de ciudadanos extranjeros, se les exige el pasaporte en regla, el visado o permiso de residencia en España, tener un seguro de asistencia médica que cubra los gastos derivados de la donación y el trasplante, así como el justificante del vínculo, si lo hay.

Así mismo, tanto si el donante y receptor son españoles como no, se les pide un comprobante conforme algún familiar o amigo conoce la decisión de donar y éste se compromete a que, durante todo el proceso, el donante recibirá todos los cuidados y atenciones que necesite.

El coordinador de trasplantes realiza la valoración del riesgo biológico del donante con el objetivo de garantizar la no transmisión de enfermedades con el órgano donado. En ningún caso esta valoración pretende invadir las competencias de quien o quienes firmarán el certificado de salud del donante, en todo caso se trata de un complemento. La valoración que realiza el coordinador de trasplante es parecida a la que se lleva a cabo con un donante de componentes sanguíneos.

VALORACIÓN ÉTICA Y SOCIAL

En este apartado el coordinador de trasplantes interroga al donante en relación a varios puntos a destacar:

- Como ha obtenido la información para ser donante.
- Por qué ha tomado la decisión de donar.
- Nivel de información del donante acerca de las posibles implicaciones de la donación.
- Estructura y entorno familiar.
- Situación laboral y económica.
- Situación social.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El coordinador de trasplantes es el encargado de obtener el consentimiento informado del donante. En este sentido, después de haber podido comprobar que el donante ha sido capaz de comprender y asimilar toda la información que ha recibido acerca de la donación (riesgos, beneficios, complicaciones, posibles repercusiones laborales, económicas o en su estilo de vida), trata de averiguar si toma la decisión profunda y deliberada de forma libre y voluntaria. A continuación, se invita al donante a leer y firmar el citado consentimiento informado. Cabe puntualizar, que la firma del documento no impide que en cualquier momento del proceso pueda revocar su decisión.

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL (CEA)

Siguiendo los pasos que marca la normativa de trasplantes, una vez seleccionado el donante y habiendo sido éste evaluado por el nefrólogo o hepatólogo, el urólogo o el cirujano hepático y por el coordinador de trasplantes se procede a la presentación del caso a la Comisión permanente del CEA. La comisión permanente esta formada por cinco miembros que se reúnen a petición del coordinador de trasplantes.

Previo a la reunión, el coordinador de trasplantes envía a la secretaria del CEA los informes correspondientes a la situación clínica del receptor, el certificado de salud del donante y el informe del coordinador de trasplantes, que distribuye a todos los miembros del CEA. Reunidos los cinco miembros con los firmantes de los informes se procede a la discusión del caso. Finalmente, si procede, el Presidente del CEA emite el informe preceptivo de la idoneidad del caso.

PROCEDIMIENTO DEL REGISTRO CIVIL

Ya en la recta final del proceso, y previo a la extracción del órgano, el donante ha de acudir al Registro Civil para ratificar su voluntad de donación y firmar el documento de cesión del órgano ante el Juez encargado del registro.

Ante el juez comparecen: el donante, quien firma el certificado de salud del donante, el responsable del trasplante y quien autoriza la extracción en el centro hospitalario. En el modelo de donación de vivo del Hospital Clínic, el coordinador de trasplantes es quien autoriza la extracción, por delegación del Director Médico del centro sanitario.

En esta comparecencia, se inscribe el documento de cesión en el registro civil, el donante ratifica su decisión de donar de forma expresa, libre, consciente y sin condicionamientos, y el juez invita al donante a hacer preguntas y aclarar si le queda alguna duda a los tres médicos que están presentes en el acto de la firma del documento.

Entre la firma del documento de cesión y la extracción del órgano deberán transcurrir al menos 24 horas, pudiendo el donante revocar su consentimiento en cualquier momento sin sujeción a formalidad alguna, y sin que de lugar a ningún tipo de indemnización.

EXTRACCIÓN DEL ÓRGANO

La extracción de órganos de donantes vivos solo podrá realizarse en centros sanitarios expresamente autorizados para ello por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma.

Para disponer de estas autorizaciones necesario: estar autorizado como centro extractor de donantes cadáver y como centro trasplantador del órgano para el que se solicita la autorización de extracción de donante vivo, así como disponer del personal sanitario con la suficiente experiencia, disponer de la infraestructura necesaria, garantizar el cuidado médico adecuado para el donante y disponer de protocolos clínicos.

Las autorizaciones se conceden por un período de tiempo determinado y deberán ser renovadas si se desea seguir con el programa de trasplantes de donante vivo.

TRASPLANTE

Una vez realizada la extracción y el trasplante, el coordinador de trasplante comunica a la autoridad sanitaria competente la realización de la donación y el trasplante. Además, hace un seguimiento de la evolución del proceso. En este sentido, acude a la sala de hospitalización para ver al donante y al receptor con el objetivo de recoger sus impresiones y opiniones inmediatas en relación a cualquier aspecto del proceso.

SEGUIMIENTO DEL DONANTE

En este apartado, el coordinador de trasplantes también tiene un papel que consideramos muy importante. Además del seguimiento médico-quirúrgico que se somete al donante después de la donación, el Servicio de Coordinación de Trasplantes, pasados seis meses de la donación, se pone en contacto con los donantes para invitarlos a responder, de forma anónima, una encuesta de satisfacción por correo.

En esta encuesta se abordan diferentes aspectos relacionados con el proceso al que ha estado sometido el donante:

- Disposición a la donación.
- Valoración de la información recibida acerca de la donación.
- Toma de la decisión.
- Diferentes aspectos durante el proceso.
- Efectos de la donación a distintos niveles (familiares, sociales, laborales, etc.).
- Percepciones del donante a lo largo del proceso.

Los resultados de estas encuestas nos resultan de una gran utilidad, ya que nos sirven para mejorar nuestro modelo y para detectar algunos problemas y tratar de mejorarlos.

Desde Enero de 1998 hasta Diciembre de 2005, se han enviado un total de 121 encuestas correspondientes a un total de 71 donantes de riñón y 50 de un segmento hepático. Han contestado el 70% de los donantes. Actualmente se está evaluando para presentar los resultados próximamente.

CONCLUSIONES

La donación de vivo ha de ser un complemento a la donación de cadáver; nunca debería de ser una sustitución.

Los programas de trasplantes de donante vivo han de cumplir escrupulosamente la normativa legal vigente, tratando de evitar las prácticas no correctas, el comercialismo y el tráfico de órganos.

La protección integral del donante vivo ha de ser una prioridad de todos los programas.

INICIO DE UN PROGRAMA DE TRDV

A. Olaizola, P. Elorrieta, R. Lavari, P. Olaizola, J. Aranzabal
Coordinación de Trasplantes. Comunidad Autónoma del País Vasco

Coordinación de Trasplante de la CAPV, dependiente de la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, realizó una propuesta inicial sobre la posibilidad de inicio de un programa de Trasplante renal de donante vivo, desarrollando un estudio de viabilidad. Este estudio debería valorar la necesidad y posibilidad de poner en marcha el programa mencionado.

En principio debería responder a una serie de preguntas fundamentales:

1. ¿Por qué?
2. ¿Para qué?
3. ¿Cómo?
4. ¿Cuánto?

para llegar a la conclusión de si era necesario y posible.

1. ¿POR QUÉ?

La razón fundamental sería que ofrece unos mejores resultados (tanto en supervivencia del paciente como del injerto) que el trasplante renal procedente de donante cadáver. Otra razón de peso sería evitar la espera (muchas veces larga e impredecible) a ser seleccionado para un trasplante de donante cadáver pudiendo ser rápidamente trasplantado, incluso de forma preventiva antes de ser incluido en programa de diálisis, lo que permite mejorar la situación clínica de estos pacientes en el momento de acceder al trasplante. Además, los programas de trasplante renal de donante vivo acortan las listas de espera mejorando, lógicamente, el acceso al trasplante de los pacientes a la espera de un trasplante renal de donante cadáver. Como consideración positiva final cabe

considerar la disminución de coste económico que supone el trasplante renal frente a la diálisis.

Los beneficios psicológicos que este tipo de trasplante consigue, no solo en el receptor, sino también en el propio donante (autoestima), deberían ser tenidos en cuenta en todo momento.

No obstante, este tipo de programas no deja de tener ciertas desventajas, como puede ser la morbi-mortalidad peri-operatoria del donante, perfectamente asumible (Mortalidad: 0,03-0,06%. Morbilidad: complicaciones mayores: 2%, menores: 8%). Teniendo en cuenta que partimos de un Centro de Trasplante Renal con una amplia experiencia en trasplante con riñón procedente de cadáver, estos riesgos se minimizarán si se desarrolla un programa de formación adecuado para los profesionales participantes.

Es preciso destacar el seguro beneficio indirecto que el reinicio del programa va a tener en lo referido a motivación de los profesionales que participan en los Programas de Trasplante renal con donante cadáver, con la subsecuente mejora en el mencionado programa.

2. ¿PARA QUÉ?

A pesar de una elevada actividad de Trasplante Renal de donante cadáver (55-60/PMP/año) las listas de espera se mantienen estables e incluso con una ligera tendencia al alza en los últimos años; esta tendencia no sólo sucede en nuestra Comunidad, sino que es común a todos los programas de Trasplante Renal de cadáver.

Si tenemos en cuenta que solamente el 20-25 % de los pacientes en diálisis están incluidos en lista de espera, existe, incluso, la posibilidad de un aumento importante a corto-medio plazo si los nefrólogos responsables amplían los criterios de inclusión.

Es esperable que la actividad de Trasplante renal de donante cadáver no se incremente en el futuro dado que las tasas de donación alcanzan prácticamente el máximo disponible; podría darse el caso, incluso, de un descenso en esta ac-

tividad dado que el cambio de perfil del donante a lo largo de los años (donantes más añosos y con más patología vascular), hace que el porcentaje de riñones inviábiles por patología previa aumente continuada y progresivamente.

Este cambio en el perfil ha dado lugar, además a un grupo de pacientes (20-45 años) que tienen una escasa posibilidad de trasplante (pocos donantes jóvenes) lo que da lugar a permanencias prolongadas en lista de espera.

Las indicaciones de trasplante renal de donante vivo pueden llevarse a cabo de manera sistemática o selectiva. El hacerlo de manera sistemática, en nuestro caso, no sería recomendable de entrada, por lo que en nuestra Comunidad ofertaríamos la prestación de manera selectiva, sin proceder, inicialmente, a publicar excesivamente la prestación a las asociaciones de enfermos o al público en general.

En ese sentido, se diseñará un protocolo de inclusión en programa que permita a los profesionales sanitarios ofertar la prestación a pacientes determinados. En principio podría ofertarse a:

- Pacientes menores de 45 años con diabetes mellitus.
- Pacientes de entre 20-45 años sin trasplante previo con más de 18-24 meses de espera.
- Pacientes pendientes de retrasplante o hiperinmunes con más de 18-24 meses de espera.
- Pacientes pediátricos (en nuestro programa tienen un tiempo de espera muy corto, trasplantándose incluso preventivamente, por lo que habría que valorar cada paciente más detenidamente).

No obstante, no nos podríamos negar a incluir en el programa a otro tipo de pacientes siempre y cuando ellos lo soliciten directamente. Posiblemente, en cualquier programa de este tipo aunque inicialmente se oferte la opción de manera selectiva, con el paso del tiempo (asentamiento del programa) acaba ofertándose de manera sistemática.

Con estas condiciones la demanda teórica podría ser de 4-6 pacientes/año los primeros años, pudiendo llegarse a los 10-15 trasplantes/año en los próximos 5-10 años, si, como se espera, los resultados del programa son adecuados.

Con esto alcanzaríamos un 10-15 % de trasplantes con riñones procedentes de vivo respecto al total de trasplantes renales realizados (vivo + cadáver), situándonos en una posición intermedia en el contexto actual (Europa: 3-20 %, EEUU: 35 %).

3. ¿CÓMO?

Protección del donante

Hay que tener en cuenta que la “protección” del donante vivo, en todos los sentidos es fundamental en este tipo de programas, por lo que hay que asegurar este aspecto al máximo en tres cuestiones básicas:

- Evitar la morbi-mortalidad del paciente al máximo, así como cualquier incomodidad de tipo físico.
 - La valoración clínica previa del donante debe ser exhaustiva (GPC).
 - La técnica quirúrgica (laparoscopia) debe ser perfectamente desarrollada por el equipo quirúrgico.
 - El seguimiento post-operatorio y a medio-largo plazo del donante debe estar garantizado.
- Evitar presiones psicológicas hacia el donante potencial.
 - La información al donante debe ser completa e inteligible.
 - La evaluación psicológica del donante es imprescindible.
 - El donante siempre debe tener una “salida honrosa” en el caso de que su decisión sea contraria a la donación.
- Evitar en lo posible “daños colaterales” para el donante relacionados con aspectos laborales o seguros de vida.

La normativa vigente (Real Decreto 2070/1999, de 30 de Diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos) garantiza en todo momento la seguridad y voluntariedad del donante, pero resulta imprescindible controlar todo el procedimiento con vistas a garantizar su cumplimiento.

Programa de formación

Es necesario formar al menos a 2 nefrólogos, 2 urólogos y 1 Coordinador de Trasplante.

- | | |
|-------------------------------|--|
| • Nefrólogos: | Evaluación clínica del donante.
Seguimiento del donante. |
| • Urólogos: | Evaluación clínica del donante.
Técnica quirúrgica de extracción renal de donante vivo (laparoscopia).
Seguimiento postoperatorio del donante. |
| • Coordinación de Trasplante: | Información al donante.
Control del cumplimiento de normativa.
Gestión del proceso. |

Se envía a los profesionales a los Centros con mayor actividad de donante vivo (H. Clinic de Barcelona, Hospital de Goteborg) con el fin de que participen en algunos procedimientos, adquiriendo la experiencia necesaria.

Los urólogos realizaron al menos 50 intervenciones laparoscópicas antes de reiniciar el programa. Desarrollaron, además, un proyecto de cirugía experimental con animales con la finalidad de perfeccionar la extracción renal laparoscópica.

Organización de Equipos

Participarían en el programa fundamentalmente las Unidades de: Urología, Nefrología, Coordinación de Trasplante, Inmunología, Anestesiología y Psi-

quiatría, desarrollando la Guía de Práctica Clínica y la documentación necesaria (Informe de evaluación clínica-psicológica, certificado médico, consentimiento informado, informe del Comité de ética, informe judicial...).

Es fundamental que se haga una distribución clara de funciones y responsabilidades.

Coordinación de Trasplante asesorará a la Gerencia en la negociación sobre las retribuciones a percibir por los profesionales participantes.

Difusión

Es importante hacer una buena difusión de toda la información que afecta al programa entre todos los profesionales participantes para tener un conocimiento global del proyecto. Los nefrólogos de los Centros de diálisis proveedores de pacientes deben recibir una información clara y sistemática, tanto los responsables de Unidad, como los responsables de lista de espera.

El Comité de Ética debe también estar informado en todo momento. En cuanto a la difusión externa es preciso planificar como y cuando se ofrece la información, tanto a las asociaciones de enfermos como a los medios de comunicación.

4. ¿CUÁNTO?

La inversión inicial deriva del programa de formación (30.000 euros) y de las necesidades infraestructurales (120.000 euros) y ha supuesto un total de 130.000 euros.

El coste de mantenimiento del programa, teniendo en cuenta el coste añadido solamente, dependería fundamentalmente de la evaluación y estancia del donante: costes de evaluación derivados de tres fuentes de gasto principales: tipaje HLA, angioTAC y analíticas. En este capítulo, los costes de tipaje y de analíticas son absorbibles como gastos de rutina del hospital y el angioTAC añade 113 euros. La hospitalización del donante cuesta aproximadamente: 873.70 euros/día; coste de tres días de hospitalización 2621 euros. Coste del personal (6000 euros).

PAPEL DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA DONACIÓN RENAL DE VIVO

Miguel Casares Fernández-Alvés
Nefrólogo - Coordinador de Trasplantes del HUG
Presidente del CEAS del HUG

Los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria son entidades jóvenes (no más 13 años de funcionamiento), con poca tradición en nuestra cultura y en nuestros hospitales que, desafortunadamente, todavía tienen que demostrar su utilidad real y su autoridad moral en las tomas de decisión clínicas que contienen conflictos de valores.

1. LOS CEAS DEFINICIÓN Y FUNCIONES

El Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) es un comité consultivo e interdisciplinar creado para analizar y asesorar en la resolución de los conflictos éticos que se producen en la práctica clínica, a consecuencia de la labor asistencial, con el objetivo final de colaborar en la mejora de la calidad asistencial y proteger los derechos de los pacientes¹.

Son funciones del Comité las siguientes:

1. Proponer a la Institución medidas encaminadas a proteger los derechos de los pacientes.
2. Analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión clínica en las situaciones que plantean conflictos éticos entre los sujetos que intervengan en ellas.
3. Proponer a la Institución protocolos de actuación para aquellas situaciones en que surgen conflictos éticos, y que se plantean de manera reiterada.
4. Promover y colaborar en la formación en Bioética de los profesionales del Hospital, y particularmente de los miembros del Comité.

¹ Decreto 61/2003 de 8 de mayo 2003 de la Comunidad de Madrid, por el que se regula el régimen jurídico, de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y se crean y regulan la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid. BOCM

No compete al Comité:

1. Promover o amparar actuaciones jurídicas para las Instituciones o las personas implicadas en cualquier tipo de conflicto.
2. Emitir informes o recomendaciones con carácter vinculante, ni sustituir la responsabilidad de quien los ha pedido.
3. Realizar juicios sobre la ética profesional o la conducta de profesionales o pacientes.
4. Analizar asuntos sociales o económicos relacionados con la asistencia sanitaria, ni tratar problemas de otras comisiones del hospital, a no ser que los responsables de éstas así lo soliciten.

2. COMPOSICIÓN Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN

En la actualidad el CEAS del Hospital Universitario de Getafe (HUG) está compuesto por:

- 6 Médicos: 4 Magíster en Bioética.
- 4 Enfermera/os: 2 Experto en Bioética.
- 1 Limpiadora.
- 1 Capellán: Prof. Filosofía.
- 2 Profesores de Filosofía del Derecho (Universidad Carlos III de Madrid).
- 1 Trabajadora social.
- 1 Jefa del S. Atención al Paciente. Máster en Derecho Sanitario.

Los CEAS circunscriben su actividad a uno o varios centros hospitalarios o instituciones sanitarias; pese a que es preceptivo que en la resolución de acreditación del CEAS, emitida por la Consejería de Asistencia Sanitaria, conste el ámbito de actuación del mismo (Artículo 2 del Decreto 61/2003), en nuestro caso no consta.

Nuestro Comité, uno de los primeros en ser acreditados en la red sanitaria pública aceptó, desde el inicio de su actividad, estudiar las consultas enviadas por otros centros sanitarios que no disponían de Comités.

En el caso concreto de la colaboración entre el CEAS de nuestro hospital y los Servicios de Trasplante de órganos del Hospital 12 de Octubre de Madrid, ésta se estableció a propuesta del H. 12 de Octubre y tras la firma de un acuerdo de colaboración entre las Gerencias de las dos Instituciones.

3. MARCO LEGAL EN LA DONACIÓN RENAL DE VIVO

De acuerdo con nuestra legislación^{2,3} los requisitos legales para la donación de vivo son:

- Que el donante sea mayor de edad.
- Que goce de plenas facultades mentales y salud adecuada.
- Que se trate de un órgano o parte de él, que no comprometa la vida del donante.
- Que haya sido informado de los riesgos de la intervención, de las consecuencias somáticas, psíquicas y psicológicas que su decisión puede tener, de las repercusiones sobre su vida personal, familiar y profesional y de los beneficios esperados en el receptor.
- Que el donante otorgue su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada.
- Que el destino del órgano sea una persona determinada en la que se esperan grandes posibilidades de éxito del trasplante.

La norma está en consonancia con los principios éticos sobre los que se asienta la donación y el trasplante en el primer mundo⁴:

- En beneficio terapéutico del receptor.
- Donación basada en la voluntariedad y el altruismo y por lo tanto no exigible.
- Información y consentimiento expreso en donante y receptor.
- Ausencia de ánimo de lucro.
- Equidad en el acceso a las listas de espera.
- Equidad en la distribución de los órganos.
- Equidad en la selección del receptor.
- Confidencialidad.

2. Ley 30/ 1970 de Extracción y Trasplante de órganos: Artículo 4

3. Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre. Artículo 9. BOE 4 de enero 2000:179

4. Recomendaciones de la 44ª Asamblea Mundial de la Salud en materia de trasplante de órganos. Rev. Esp. Trasp.1992. 1-2:168-183

4. PAPEL DE LOS CEAS EN LA DONACIÓN RENAL DE VIVO

El artículo 9.2 del Real Decreto 2070/1999 dice: “La extracción de órganos de donantes vivos se limitará a situaciones en las que puedan esperarse grandes posibilidades de éxito del trasplante y no se aprecie que se altere el libre consentimiento del donante a que se refiere el apartado 1c de este artículo. Será necesario un informe preceptivo del Comité de Ética del hospital trasplantador”. El apartado 1c dice: “El donante habrá de ser informado previamente de las consecuencias de su decisión debiendo otorgar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada”.

Aunque la norma se presta a diferentes interpretaciones, parece que lo que ha pretendido el legislador con este artículo es que personas con formación en bioética, ajenas al programa de trasplantes y, por lo tanto, sin intereses en el procedimiento, verifiquen que se respeten los derechos y los valores de las partes implicadas.

La donación de vivo es un procedimiento terapéutico excepcional en el que por primera vez se institucionaliza la vulneración del Principio de No maleficencia. El donante acepta someterse a una intervención quirúrgica arriesgada, de la que no obtiene ningún beneficio físico, con el objeto de salvar la vida o mejorar la salud de otra. La sociedad quiere asegurarse de que en un procedimiento donde gana el receptor, ganan los pacientes en lista de espera al mejorar sus posibilidades de acceso a un trasplante, ganan los profesionales y gana la sociedad en general al ver reducidos sus gastos en tratamientos alternativos, no se produzca una explotación de la donación.

Dado que en el Comité no existen personas con los conocimientos adecuados para valorar la indicación, resultados, riesgos y posibilidades de éxito del trasplante, no se evalúan estos aspectos ni se emite ninguna recomendación. El Comité considera que los aspectos técnicos son competencia de los equipos médicos y quirúrgicos implicados. Tampoco el Comité debe actuar como el guardián moral o el juez de las decisiones de los donantes, son ellos los que tienen la última palabra tras recibir la información adecuada y el consejo de los equipos trasplantadores.

En concreto, el CEAS debe comprobar que se cumplen los requisitos éticos y legales para la donación de vivo, que el proceso de información y consentimiento se ha llevado a cabo conforme a la norma y que la toma de decisión de donar se produce de forma expresa, libre, consciente y desinteresada. Para ello el CEAS recaba parte de la información a través de la documentación aportada por el equipo de trasplante y parte mediante una entrevista con el donante.

Las relaciones entre las diferentes unidades de trasplante y el CEAS se canalizan a través de la Coordinación de trasplantes. Esta comunica al Comité con, al menos, una semana de antelación el número y la urgencia de los casos, con el fin de que puedan ser incluidos en la convocatoria ordinaria o extraordinaria del Comité, envía la documentación recopilada de los diferentes equipos y cita a los donantes para la reunión con el Comité.

La entrevista con el Comité suele ser el final de un largo proceso, lleno de obstáculos, gastos, molestias y sinsabores que los propios donantes califican de penoso y agotador; por eso se procura, en lo posible, ser flexibles en las convocatorias, facilitar los trámites y prestar reconocimiento y apoyo moral a las personas, con la finalidad de que, al menos la entrevista con el CEAS no suponga una nueva sobrecarga emocional.

5. DOCUMENTACIÓN

La documentación que necesita el CEAS para valorar el caso, se debe consensuar entre el equipo de trasplantes y el Comité. En nuestro caso hemos acordado que se debe remitir al Comité con un periodo de antelación no inferior a 48 horas la siguiente documentación:

- Certificado médico del donante realizado por un médico ajeno a la extracción/implante en el que conste el estado de salud y se acredite que se ha informado de:
 - Riesgo de la intervención.
 - Consecuencias somáticas o psicológicas.
 - Repercusión personal, familiar y profesional.
 - Beneficios esperables en el receptor.

- Informe médico del receptor.
- Informe Psiquiátrico del donante donde conste el estado de salud mental y una evaluación de la capacidad.
- Documentos de Consentimientos informados de donante y receptor debidamente cumplimentados.
- Informe del Coordinador de Trasplantes donde manifieste su opinión sobre el proceso.

En determinadas circunstancias se pueden necesitar otros documentos que faciliten la toma de decisión del Comité:

- Datos concretos de filiación de donante y receptor.
- Informe del trabajador social.

6. EVALUACIÓN

La evaluación se realiza mediante una entrevista semiestructurada al donante, en la que se procura crear un ambiente acogedor y relajado donde el donante no se sienta cohibido y pueda manifestarse lo más sincera y libremente posible.

Cuando acude al hospital es acompañado por un miembro del Comité a la sala de reunión y en el trayecto se le explica que no se trata de un tribunal ni se le va a someter a un juicio o examen sino de una reunión desenfadada, cuyo objetivo fundamental es conocer directamente su opinión sobre el proceso.

En la entrevista, de 10 a 15 minutos de duración, los miembros del Comité le realizan preguntas abiertas sobre cómo se enteró de la posibilidad de donar, cómo fue el proceso de información, el proceso de toma de decisión y aspectos psicosociales relacionados con la donación. Se le informa de que el Comité podría proporcionarle motivos médicos para facilitarle una salida en el caso de que decidiera abandonar el proceso y se le pide permiso para contactar por teléfono meses más tarde para realizar una encuesta.

Tras más de medio centenar de entrevistas realizadas hemos constatado que, en general, el nivel de información es bueno. Salvo en un caso todos los donantes se mostraron firmes en su decisión de donar, ninguno aceptó la proposición del Comité de facilitarle una salida airosa, nadie admitió sentirse coaccionado en ningún aspecto y el estado de ánimo que más se repitió fue el de euforia (quizás excesiva) y satisfacción personal.

La motivación más frecuentemente encontrada ha sido el amor por el receptor, pero también el dolor ante el sufrimiento del ser querido, la compasión o la reciprocidad son otras razones aducidas. Con mucha menos frecuencia, hemos podido sospechar la búsqueda de algún tipo de beneficio, bien psicológico o de mejora en la trágica situación familiar, pero en ningún caso el donante lo ha reconocido abiertamente.

En la actualidad nuestro Comité no realiza entrevista al receptor salvo en circunstancias excepcionales. En nuestra experiencia, la entrevista con el receptor no aportó información relevante para la toma de decisión. En muchos casos el estado de salud del receptor no le permitió comparecer, en otros se mostraron confusos y asustados ante nuestras preguntas, algunos mostraron labilidad emocional y en general su estado de necesidad no permitió establecer conclusiones sobre cómo se tomó la decisión de aceptar la donación.

7. INFORME

Con la emisión del informe se finaliza todo el proceso. Nosotros lo realizamos una vez finalizada la entrevista y se envía en el día mediante fax, a la Coordinación de Trasplante del centro peticionario.

Aunque el contenido y la fórmula final para que el informe se ajuste a la norma es un tema debatido, nosotros creemos que, al menos, debe incluir datos de identificación, relación entre donante y receptor, documentación aportada, calificación y referencias a la información recibida por el donante, forma en que se otorgó el Consentimiento y conclusión en la que se informa favorable o desfavorablemente el procedimiento.

Hasta la fecha, solamente en una ocasión se emitió una recomendación desfavorable porque en la entrevista el donante manifestó sentirse obligado por razones familiares (tío de recién nacida con atresia de vía biliar) y tener un miedo insuperable al acto quirúrgico.

Resultados de la encuesta telefónica postdonación.

Tabla I - Material

Nº de evaluaciones del CEAS	16
Nº de trasplantes realizados	15
Nº de encuestas realizadas	16
Edad de los donantes	46.6 ±9.8 (29-64)
Sexo de los donantes (M/F)	6/10
Relación donante/receptor:	
Hermanos	6
Padres a hijos	3
Pareja	5
Hijo a padre	1
Sobrino a tío	1

Tabla II – Encuesta telefónica

Pregunta	Si	(%)	No	(%)
¿En algún momento se sintió coaccionado?	0	0	16	100
¿Tuvo alguna complicación en la cirugía?	0	0	15	100
¿Tuvo alguna complicación posterior	1	6,6	14	93,3
¿Tuvo más dolor del esperado	4	26,6	11	73,3
¿El trasplante fue exitoso?	13	86,6	2	13,3
¿Tuvo algún problema laboral?	1	6,6	14	93,3
¿Tuvo algún problema económico?	1	6,6	14	93,3
¿Esta satisfecho con la decisión que tomó?	16	100	0	0
¿Volvería a donar?	16	100	0	0

¿Cómo calificaría la información que se le facilitó?

Muy Buena	Buena	Aceptable	Mala	Muy mala
10	5	1	0	0

¿Cómo evaluaría los riesgos que ha sufrido?

Muy altos	Altos	Aceptables	Bajos	Muy bajos
0	0	8	5	2

¿Qué sentimientos tiene en la actualidad?

Felicidad	Orgullo	Satisfacción	Pena	Vacío
14	14	15	0	0

En la tabla I se muestran datos de las entrevistas realizadas por el Comité, trasplantes realizados, edad, sexo y relación entre donante y receptor. Es curiosa la alta incidencia de trasplantes entre miembros de la pareja (31,3%) y el predominio de la donación de mujeres (62,5%).

En la tabla II se resumen los resultados de la encuesta telefónica realizada a partir de los 4 meses de finalizado el procedimiento y que contestaron todos. Aunque el número de casos es pequeño (16), se pueden extraer algunas conclusiones.

Nadie aceptó sentirse presionado de ninguna forma y todos lo consideraron como una decisión personal a la que se sentían obligados.

El 93% calificó la información recibida como buena o muy buena y ajustada a la realidad, pese a que cuatro tuvieron más dolor del esperado.

Sólo en un caso se dilató la baja laboral por secuela física y otro se quejó de que los gastos realizados en sus desplazamientos, no le fueron reembolsados. En general todos consideraron que el proceso fue adecuado, pero tres estima-

ron que se debería acortar y uno que sus médicos esperaron demasiado para aceptar su ofrecimiento, lo que podría haberles evitado 2 largos años de sufrimiento.

Todos los donantes, incluso uno que permanece con secuelas físicas y otro en que se perdió el injerto en las primeras 24 horas, se mostraron satisfechos con la decisión y lo volverían a hacer. Tres se ofrecieron para informar a futuros donantes o colaborar en la difusión pública de su experiencia.

Los sentimientos que predominan en general son de orgullo, satisfacción y mejora en la autoestima, pero ninguno calificó su decisión como heroica por considerar que los riesgos corridos habían sido aceptables o bajos.

PAPEL DEL CEA EN EL PROCESO DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Juan Carlos Álvarez

Profesor de Bioética. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid

Es bien conocido que para la realización de los trasplantes de donante vivo, tanto renales como hepáticos, es obligatoria la elaboración de un informe por el Comité de Ética Asistencial del hospital trasplantador, según se prescribe en el Real Decreto 2070/1999.

Una de las primeras cuestiones que se plantean es de qué tiene que informar el Comité de Ética, ya que el Real Decreto no especifica claramente su contenido. Literalmente dice: *La extracción de órganos de donantes vivos se limitará a situaciones en las que puedan esperarse grandes posibilidades de éxito del trasplante y no se aprecie que se altere el libre consentimiento del donante a que se refiere el apartado 1 c) de este artículo. Será necesario un informe preceptivo del Comité de Ética del hospital trasplantador.* A primera vista parecería que el informe debería referirse a las dos cuestiones que plantea el mismo párrafo: que se puedan esperar grandes posibilidades de éxito del trasplante y que no se aprecie que se altere el libre consentimiento del donante.

Respecto a la primera parte debemos preguntarnos: ¿Qué son grandes posibilidades de éxito? ¿Cómo puede el CEA conocerlas? ¿Es una cuestión moral? ¿Es una cuestión exclusivamente técnica? Existiendo además francas diferencias entre el trasplante renal y el trasplante hepático, así como también diferencias entre los distintos hospitales.

En los primeros momentos consideramos que el informe preceptivo debía tratar exclusivamente del libre consentimiento del donante ya que es lo que parece tener una clara referencia moral y que por el contrario el problema de las posibilidades de éxito era una cuestión técnica en la que el Comité no debía interferir. Pero con el tiempo y la experiencia, tras el análisis de múltiples casos de trasplante de donante vivo, fuimos modificando esta primera postura. Si bien seguimos pensando que el núcleo central del informe debe ser el problema de la decisión autónoma a la hora de donar el órgano, también nos

hemos encontrado con casos donde una indicación inadecuada planteaba problemas éticos. En este punto el informe del médico ajeno al Servicio de trasplantes tiene una importancia trascendental y en ocasiones, es este mismo médico el que rechaza una indicación y detiene el proceso de estudio del donante. Las llamadas indicaciones expandidas en los trasplantes hepáticos han generado algunos de estos problemas, si bien en los trasplantes renales la cuestión de las indicaciones no suele plantearlos.

También es cierto que tanto enfermos como familiares demandan los trasplantes para situaciones que hasta ahora no se consideraban como indicadas y que cada vez se amplían más las indicaciones de los mismos. Pero en ocasiones llegan al Comité casos donde la indicación es más que problemática ¿debe el Comité preguntar a los técnicos alguna aclaración sobre este aspecto? En nuestra opinión, antes de redactar el informe, el Comité tiene la obligación de aclarar los aspectos dudosos que además de tener una vertiente técnica también tienen otra vertiente moral. Con esto no queremos decir que en el informe el Comité trate de ningún aspecto técnico sino que se informe en la fase de recogida de datos de todos esos aspectos que teniendo un claro contenido técnico también presentan una perspectiva moral.

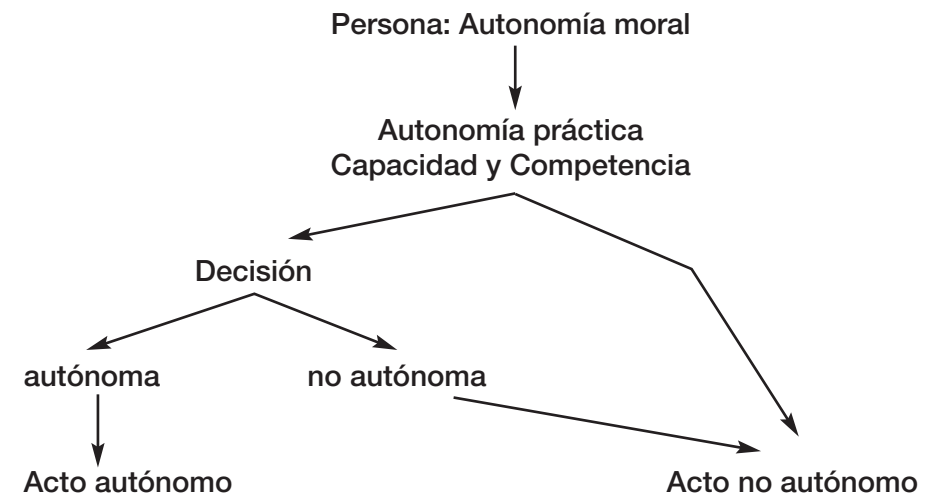
Esto que planteamos también depende en gran medida de cada hospital pues los cauces por los que un enfermo llega al trasplante de donante vivo son muy distintos de unos a otros. Hay hospitales, la mayoría, en que el paciente es estudiado por el hepatólogo que sienta la indicación del trasplante y lo deriva al correspondiente servicio quirúrgico, pero hay otros hospitales en que el paciente llega directamente al cirujano trasplantador que lo estudia, indica el trasplante y realiza todo el proceso, excepto dos cosas: el informe del médico ajeno al servicio (por eso a veces el gastroenterólogo que hace este informe rechaza indicaciones) y el informe del Comité de Ética. Es en estos últimos casos donde se presentan esas situaciones donde la indicación dudosa puede plantearnos cuestiones morales.

LIBRE CONSENTIMIENTO DEL DONANTE

Respecto a esta segunda cuestión nos debemos hacer también algunas preguntas previas: ¿Se puede asegurar la libre voluntariedad del donante? ¿Cómo

puede el CEA investigar si la decisión del donante es una decisión autónoma? ¿En qué consiste una decisión autónoma? ¿Qué características tiene?

Para profundizar en este complicado problema de la decisión autónoma deberemos aclarar algunos conceptos. Veamos el siguiente esquema:



Debemos distinguir entre persona autónoma y decisión autónoma, así como entre autonomía moral y autonomía práctica.

Los seres humanos somos seres morales, es decir realizamos actos morales, hacemos juicios morales, tomamos decisiones morales. Todo ser humano posee autonomía moral, por el hecho de ser tal. La autonomía moral es la facultad para proponernos fines en nuestra vida, darnos proyectos vitales, ideales morales, tener un concepto propio de lo que es la felicidad, es decir, es la capacidad de todo ser humano para establecer sus propios objetivos vitales.

Pero una cosa es tener una facultad y otra es el ejercicio de la misma. Cualquier ser humano tiene la facultad pero no todos pueden ejercerla prácticamente. Una cosa es tener autonomía moral y otra tener autonomía práctica. Cuando les reconocemos la capacidad para ejercer prácticamente la facultad decimos que tienen autonomía –queremos decir autonomía práctica–. Así la

autonomía práctica precisa de inteligencia y voluntad, y eso se adquiere con la maduración del sujeto. Decimos que el sujeto tiene capacidad, cuando le reconocemos un suficiente grado de desarrollo de su inteligencia y voluntad, generalmente a la mayoría de edad.

Pero para ejercer la autonomía prácticamente, no basta con ser mayor de edad, es decir, tener capacidad legal (y no haber sido incapacitado judicialmente), sino que además hay que tener las habilidades psicológicas necesarias en ese momento para poder comprender la información y tomar la decisión. Esto es lo que se denomina competencia. Así el ejercicio de la autonomía práctica precisa que el sujeto sea capaz y competente.

Pero debemos ir más allá. Es diferente que la persona sea autónoma, es decir tenga autonomía moral y autonomía práctica (sea capaz y competente) y que la decisión sea autónoma. Un sujeto puede tener autonomía moral, por el hecho de ser humano, tener autonomía práctica, por ser mayor de edad y tener competencia, por disponer en ese momento de las habilidades psicológicas para comprender, procesar y manejar la información y en cambio, su decisión no poder ser considerada una decisión autónoma.

Todos los seres humanos realizamos actos no autónomos, por ejemplo todos los actos fisiológicos, la digestión, por ejemplo, es un acto realizado por nosotros pero es un acto no autónomo. De ahí la distinción tomista entre los actos del hombre y los actos humanos. Pero también realizamos actos no autónomos cuando son actos involuntarios, por ejemplo si por un frenazo nos caemos en un autobús. Es decir algunos de los actos realizados por individuos autónomos, son actos no autónomos.

Cuando tomamos decisiones tampoco necesariamente todas son decisiones autónomas, sino que algunas pueden ser decisiones no autónomas, a pesar de ser tomadas por una persona con autonomía moral y práctica, capaz y competente.

Las decisiones autónomas son las tomadas por sujetos autónomos, pero con eso no basta. Es condición necesaria pero no suficiente. Las características de una decisión autónoma son:

- que sea tomada voluntaria y libremente (sin coacción ni manipulación).
- que se comprenda y evalúe la información suficientemente.
- que el sujeto sea capaz y competente.

La decisión autónoma tiene que ser tomada libremente, es decir exenta de coacción física y/o moral, y con información adecuada (veraz, suficiente, no manipulada). Una decisión tomada bajo coacciones, aunque sea tomada por un sujeto perfectamente capaz y competente, no será una decisión autónoma. La coacción física es fácilmente identificable aunque a veces sea difícilmente evitable, pero la coacción moral es muy difícilmente identificable tanto para el propio coaccionado como para el Comité de Ética. En una coacción moral el coaccionado tiene un tremendo sentimiento de culpabilidad si no hace lo que le demandan, lo que esperan de él y no es consciente de estar siendo coaccionado. La coacción moral se da frecuentemente en el interior de las familias y es muy difícil de manejar.

Que una decisión es voluntaria quiere decir que es decidida, elegida y querida por el agente moral. La voluntad nos mueve a actuar, nos mueve a poner los medios necesarios para conseguir el fin propuesto, la intención que tenemos. Esa decisión es libre, la voluntad es libre, cuando no está determinada a elegir un fin concreto. Es cierto que todos en nuestras decisiones tenemos múltiples condicionamientos, pero hemos de diferenciar claramente lo que condiciona de lo que determina. La determinación anula la libertad, los condicionamientos no. Todos estamos condicionados, por nuestra educación, por nuestro idioma, por nuestra época histórica, por nuestras creencias, por nuestra cultura, por nuestra familia, por nuestro momento biográfico, por nuestra situación social, etc., lo que nos condiciona es lo que nos posibilita como humanos. Sería imposible pensar en un ser humano sin ningún condicionante, sin idioma, sin cultura, sin sociedad, sin familia, etc., simplemente no sería un ser humano. Lo que nos posibilita como seres humanos nos condiciona, pero no nos determina. Así pues, hay decisiones que son voluntarias, pero no son libres. Toda decisión libre es voluntaria, pero no toda decisión voluntaria es libre.

A este respecto Aristóteles nos dice lo siguiente cuando en la Ética a Nicómaco nos habla de los llamados actos mixtos. Dice:

En cuanto a lo que se hace por temor a mayores males o por una causa noble, por ejemplo si un tirano manda a alguien cometer una acción denigrante teniendo en su poder a sus padres o a sus hijos y estos se salvaran si lo hacía y perecerían si no lo hacía, es dudoso si debe llamarse involuntario o voluntario. Algo semejante ocurre también cuando se arroja al mar el cargamento en las tempestades: En términos absolutos, nadie lo hace de grado, pero por su propia salvación y la de los demás, lo hacen todos los que tienen sentido. Tales acciones son pues mixtas; pero se parecen más a las voluntarias, ya que son preferibles en el momento en que se ejecutan, y el fin de las acciones es relativo al momento. Lo voluntario, pues, y lo involuntario se refieren al momento en que se hacen; y se obra voluntariamente porque el principio del movimiento de los miembros instrumentales en acciones de esa clase está en el mismo que las ejecuta, y si el principio de ellas está en él, también está en su mano el hacerlas o no. Son, pues, tales acciones voluntarias aunque quizá en un sentido absoluto sean involuntarias: Nadie, en efecto, elegiría ninguna de estas cosas por sí mismo¹.

Una decisión tomada con una información alterada, manipulada, sesgada, aunque el sujeto que la tome sea capaz y competente y él crea que su decisión es libre, pues no se siente coaccionado, no es una decisión autónoma. Si conociese la verdadera información es posible que cambiase su decisión.

El llamado, impropriamente, principio de autonomía, es en realidad el deber moral de respetar las decisiones autónomas de las personas. Una cosa es respetar a la persona autónoma y otra respetar las decisiones autónomas de esa persona. El respeto a la persona no es condicionado, es un deber incondicionado, es un deber formal, es la condición de posibilidad de la moral. En cambio el respeto a las decisiones autónomas es un deber moral siempre y cuando la decisión sea tal y no es absoluto, puede tener excepciones. Debemos asegurarnos que se dan todas las condiciones para que la decisión pueda ser considerada como una decisión autónoma.

Es más, tenemos la obligación moral de procurar que se den esas condiciones, no sólo respetar la decisión, sino hacer que la decisión sea autónoma. Tenemos la obligación de dar la información adecuada, no manipulada; tenemos la obli-

gación de evitar la coacción, tanto explícita como moral; incluso ayudar en la toma de decisiones si se nos pide y hacer participar en la toma de decisiones a los no capaces o no competentes, en la medida de sus posibilidades. Como se ha afirmado muchas veces, el respeto a la autonomía exige no solo actitudes sino acciones, que se actúe positivamente a favor de la autonomía ajena; no basta con una actitud respetuosa que se abstiene de interferir con las decisiones autónomas de otras personas, sino que tenemos la obligación de trabajar a favor de que se den las condiciones para que las decisiones sean auténticamente autónomas.

En resumen: una decisión es autónoma si es tomada por un sujeto capaz y competente, libre y voluntariamente, y con información adecuada y suficiente. El deber moral implicado en el principio de autonomía consiste en la obligación de respetar las decisiones autónomas de las personas y en proporcionar las condiciones necesarias para que la decisión sea tal.

LA DECISIÓN DE DONAR Y EL INFORME DEL COMITÉ:

Las decisiones sanitarias en el nuevo paradigma, el reconocimiento de la autonomía en los pacientes para tomar sus propias decisiones en el ámbito de la salud y de la enfermedad, de la vida y de la muerte, esas decisiones son estrictamente personales, difícilmente transferibles y no son unas decisiones técnicas, no se fundamentan exclusivamente en hechos clínicos o en criterios técnicos, sino que son multifactoriales y tienen un gran componente valorativo, influyen las creencias del sujeto, su situación vital, su momento biográfico, sus proyectos de vida, etc. Sólo el paciente conoce todos esos factores y él es el que debe ponderarlos y tomar la decisión. Será necesario que le informemos de los aspectos técnicos, que en principio él no conoce y que debe incluir como un factor más, muy importante pero no el único, en su toma de decisión.

En el tema que nos ocupa, la decisión de donar un órgano o parte de él en vida, no es una decisión que pueda legalmente ser transferida a un representante. No es una decisión que pueda tomarse por sustitución. Sino que es legalmente imprescindible que sea el mismo donante el que la tome personalmente.

¹ Aristóteles. *Ética a Nicómaco* III 1:1110 a 3-19.

¿Cómo conocer la voluntariedad del donante? Ese es el problema que debe plantearse el Comité de Ética. Este para realizar el informe preceptivo antes de la donación de vivo debe intentar conocer si la decisión del donante es una genuina decisión autónoma. Para ello es imprescindible, como hemos visto anteriormente, que intentemos averiguar que no existen coacciones físicas, psíquicas ni morales; qué información conoce el sujeto y cómo se le ha proporcionado; cómo ha sido la confidencialidad de todo el proceso de estudio y selección del donante; cómo es la dinámica familiar, etc., etc. Todo ello es francamente muy difícil y el Comité tiene muy pocos medios para intentar de una manera mínimamente responsable verificar toda esa información. Por eso la decisión del Comité resulta tan complicada.

En nuestra opinión, el Comité al redactar su informe, lo más que puede llegar a afirmar es: *No apreciamos ausencia de voluntariedad en la libre decisión del donante*. Lo que es muy distinto que afirmar que la decisión ha sido tomada voluntaria y libremente. Es absolutamente imposible conocer que la decisión ha sido voluntaria y libre, lo único que podemos asegurar es que en la medida de nuestras posibilidades, en lo que nosotros conocemos, no apreciamos ausencia de voluntariedad, ni de libertad, en su decisión de donar el órgano.

Es también muy importante que el Comité presente una serie de condiciones sin las cuales el informe carecería de suficientes garantías y credibilidad. Entre otras podríamos citar: que el Comité sea independiente, que sus miembros no tengan intereses cruzados, que no existan influencias externas, que se cumpla estrictamente la ley, que se tenga el apoyo de la Dirección-Gerencia, etc.

Dentro de un hospital hay múltiples relaciones, intereses, influencias, y a veces eso puede restar independencia al Comité. Debemos intentar por todos los medios que todos esos factores no ejerzan influencias externas indeseables y si existen realmente, eliminarlos. Otras veces sus miembros tienen intereses cruzados y eso sí que es muy difícil de compatibilizar y que no influya en las decisiones. Por ejemplo si un influyente miembro del Comité es a la vez el que indica el trasplante y el coordinador de trasplantes del hospital, es muy difícil pensar que existe independencia y que no hay intereses cruzados. Además el Comité tiene que cumplir con la ley estrictamente, por ejemplo, la ley dice textualmente: *Será necesario un informe preceptivo del Comité de Ética del hospital trasplantador*. Esta afirmación no deja lugar a dudas, quien tiene que

hacer el informe es el Comité de Ética del hospital trasplantador, no de ningún otro hospital, por mucho que algunos juristas interpreten la ley a su conveniencia. Por último indicar que el apoyo de la Dirección-Gerencia en todo este proceso y en los problemas que se le van a presentar el Comité es muy importante, si se quiere que este realice su trabajo adecuadamente y no se convierta en un expendedor de sellos de “Ética” de todo lo que se le ponga por delante.

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES DEL TRDV

LA INTERVENCIÓN JUDICIAL EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS POR DONANTES VIVOS: ALGUNAS CONSIDERACIONES

Juan Manuel Fernández
Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Navarra

“El juez es el último guardián de las promesas que integran el pacto social”
(Antoine Garapon)

A.- INTRODUCCIÓN

La intervención del juez en el proceso de extracción de órganos procedentes de donantes vivos para su ulterior trasplante en otra persona plantea una serie de problemas a los que aludiré a continuación, siquiera sea someramente, dadas las lógicas limitaciones que entraña la intervención en un contexto colectivo como es el de una mesa redonda. Como saben cuando se trata de la extracción de órganos de donantes fallecidos la intervención judicial sólo se produce en aquellos supuestos en los que por tratarse de muerte violenta se han incoado diligencias penales¹. En cambio, tratándose de donantes vivos, dicha intervención tiene carácter preceptivo. La exigencia no la establece la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, sino que se recoge en el artículo 9 del Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, regulador, como saben, de las actividades de obtención y utilización clínicas de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos

¹ El artículo 10.5 del Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, dispone que *“Antes de la extracción se recabará autorización del juez, el cual, previo informe del médico forense, deberá concederla siempre que no se obstaculice la instrucción de las diligencias penales”*.

² Señala el precepto en su apartado cuarto que *“para proceder a la extracción de órganos de donante vivo, el interesado deberá otorgar por escrito su consentimiento expreso ante el juez encargado del Registro Civil de la localidad de que se trate, tras las explicaciones del médico que ha de efectuar la extracción y en presencia del médico al que se refiere el apartado 3 de este artículo [es decir un médico distinto del que vaya a efectuar la extracción y el trasplante, que ha de informar sobre el estado físico y mental del donante, así como de lo concerniente a los riesgos inherentes a la intervención, las consecuencias previsibles de orden somático o psicológico, las repercusiones que pueda suponer en su vida personal, familiar o profesional, así como de los beneficios que con el trasplante se espera que haya de conseguir el receptor], del médico responsable del trasplante y de la persona a la que corresponda dar la conformidad para la intervención, según figure en el documento de autorización del centro”*.

Continúa señalando el precepto que *“el documento de cesión donde se manifiesta la conformidad del donante será firmado por el interesado, el médico que ha de ejecutar la extracción y los demás asistentes. Cualquiera de ellos podrá oponerse eficazmente a la donación si albergan duda sobre que el consentimiento del donante se ha manifestado de forma expresa, libre, consciente y desinteresada. De dicho documento de cesión deberá facilitarse copia al interesado. En ningún caso podrá efectuarse la extracción de órganos sin la firma previa de este documento”*. Concluye la norma disponiendo que *“Entre la firma del documento de cesión del órgano y la extracción del mismo deberán transcurrir al menos veinticuatro horas, pudiendo el donante revocar su consentimiento en cualquier momento antes de la intervención sin sujeción a formalidad alguna. Dicha revocación no podrá dar lugar a ningún tipo de indemnización”*.

y tejidos².

La antedicha regulación guarda similitudes con la existente en los países de nuestro entorno, como Francia o Alemania³. Debo volver a incidir en que la ley reguladora de trasplantes no exige la intervención judicial⁴, habiendo sido el Decreto que la desarrolla el que la introdujo preceptivamente. A estos efectos resulta, o puede resultar, significativo que en la Resolución No.R (78)29, sobre Armonización de las Legislaciones de los Estados Miembros respecto de la Extirpación, Injertos y Trasplantes de Material Humano, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 11 de mayo de 1978 en la 287 reunión de los funcionarios ministeriales, no se contempla la referida intervención judicial.

A mi modo de ver, la obligación de prestar el consentimiento ante el juez plantea dos grandes cuestiones: en primer lugar la de su justificación y, en segundo término, la de su alcance, o, dicho de otro modo, la que concierne al poder de decisión del juez y/o a los restantes intervinientes en dicho acto.

B.- EL POR QUÉ DE LA INTERVENCIÓN JUDICIAL

Los derechos a la vida y a la integridad física, proclamados con el carácter de fundamentales en el artículo 15 de nuestra Constitución, no otorgan a la persona, pese a tal carácter, un derecho de disposición pleno y absoluto sobre el

3 Así en el Derecho francés la cuestión se regula en la actualidad en el Código de la Salud Pública: Arts. L1231-1 a 1231-4, en la redacción conferida por la Ley 2004-800 de 6 de Agosto de 2004, y en los Arts. R1231-1 a R1231-10 del Reglamento del Código de la Salud Pública, en la redacción que le dio el Decreto 2005-443 de 10 de mayo de 2005. Al igual que en nuestro país el acto debe estar justificado médicamente. La extracción de órganos de una persona viva, no es posible más que en el supuesto de interés terapéutico directo del receptor. El donante debe expresar su consentimiento ante el Presidente del “Tribunal de Grande Instance” (órgano judicial equivalente a nuestra Audiencia Provincial), o ante un Magistrado designado por él. El Magistrado debe asegurarse de que el consentimiento se presta de forma libre e informada. El acceso al Tribunal se produce por la simple solicitud del donante (es decir no se debe seguir el sistema ordinario de “saisine”, que es extraordinariamente formal y requiere la intervención de un “huissier de justice”; en este caso basta una mera petición –requête– no sometida a especiales requisitos de postulación, no es necesaria la intervención de Abogado). En caso de urgencia el consentimiento se recibe por el Fiscal, a través de cualquier medio. El Tribunal competente es el del territorio en el que reside el donante. Si éste ha tenido que ausentarse de su residencia habitual para aproximarse al centro médico donde está hospitalizado el receptor, la solicitud puede dirigirse al “Tribunal de Grande Instance”, del territorio correspondiente al centro médico donde está hospitalizado el receptor. El consentimiento se documenta en un acta escrita, firmada por el Magistrado y el donante. Es revocable en cualquier momento. También el Derecho alemán previene en su Ley reguladora, de 5 de noviembre de 1997, modificada el 25 de noviembre de 2003, artículo 8, la prestación del consentimiento a presencia judicial.

4 Así el artículo 4 c) dispone “que el donante otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo, por escrito, ante la autoridad pública que reglamentariamente se determine, tras las explicaciones del Médico que ha de efectuar la extracción, obligado éste también a firmar el documento de cesión del órgano. En ningún caso podrá efectuarse la extracción sin la firma previa de este documento”.

propio cuerpo, pudiendo afirmarse en este sentido que la Constitución no garantiza el derecho a la propia muerte⁵. No es ocioso recordar, en este sentido, que el Código Penal tipifica como delito la denominada eutanasia activa⁶. En la misma línea cabe decir que si bien los derechos de la personalidad son disponibles por su titular, su sustrato material, esto es la salud o integridad física, resulta indisponible. Por dicha razón en los delitos de lesiones, el consentimiento de la víctima no excluye la antijuricidad de la acción, constituyendo únicamente un motivo de atenuación de la pena. Esto último presenta una única excepción, especialmente relevante en relación con el tema que nos ocupa, esto es cuando se trate de un supuesto de trasplante⁷.

La naturaleza jurídica de la cesión de un órgano o parte de él por el donante vivo será abordada en otra ponencia de esta mesa redonda, pero a los efectos que estoy exponiendo si quiero resaltar que ni desde un punto de vista ético ni desde una perspectiva jurídica, la donación con donante vivo es una cuestión que deba regirse sólo por la voluntad de las partes intervinientes⁸. Este carácter se evidencia en el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997⁹.

5 Así lo ha puesto de relieve el Tribunal Constitucional en su importante sentencia 137/1990, de 19 de julio. “**Tiene, por consiguiente, el derecho a la vida un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del agere licere, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho**”.

6 “*El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de superar, será castigado con la pena de ..*”-artículo 143.4 CP-.

7 Señala el artículo 156 del Código Penal que “*no obstante lo dispuesto en el artículo anterior, el consentimiento válida, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de trasplante de órganos efectuado con arreglo a lo dispuesto en la Ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizada por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor de edad o incapaz, en cuyo caso no será válido el prestado por éstos ni por sus representantes*”.

8 En este mismo sentido señala Koldo Martínez que “en un marco moral configurado por el respeto por la autonomía de los pacientes, el hecho de que alguien quiera o decida sufrir una intervención que pone en riesgo su salud o su vida puede llegar a ser entendido como algo sobre lo que solo el paciente puede decidir. Hay quien habla de la donación de órganos entre vivos como si se tratara de un acuerdo entre dos personas exclusivamente. Pero en la donación y el trasplante interviene una gran cantidad de profesionales que, gracias al apoyo de las distintas instituciones sociales, ha conseguido la suficiente destreza y pericia profesionales como para realizar estas prácticas tan especializadas. Sin este apoyo, sin el beneplácito social, la donación de vivo y el consiguiente trasplante serían absolutamente imposibles. No se trata pues de una cuestión a negociar únicamente entre dos”- *Algunos aspectos éticos de la donación y el trasplante*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 29, suplemento 2, 2006; Pág. 17-.

9 Cuyo artículo 15 señala que “*la investigación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente, a reserva de lo dispuesto en el presente Convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano*”.

En coherencia con todo ello, la extracción y posterior trasplante de órganos está sometido a una estricta regulación legal que parte de la exigencia de una finalidad terapéutica –“*el destino del órgano extraído será su trasplante a una persona determinada con el propósito de mejorar sustancialmente su pronóstico vital o sus condiciones de vida*” artículo 4 d) de la Ley de 27 de octubre de 1979, de extracción y trasplante de órganos, –como legitimadora del daño del donante, y está basada en la gratuidad– así lo dispone el artículo 2 del referido texto legal: “*No se podrá percibir compensación alguna por la donación de órganos. Se arbitrarán los medios para que la realización de estos procedimientos no sea en ningún caso gravosa para el donante vivo ni para la familia del fallecido. En ningún caso existirá compensación económica alguna para el donante, ni se exigirá al receptor precio alguno por el órgano trasplantado*”.

La naturaleza de los bienes jurídicos puestos en trance de sufrir una lesión, justifica la intervención judicial, como consecuencia del papel de garante de los derechos fundamentales que el ordenamiento jurídico atribuye a los jueces. Incluso, yendo un poco más allá, se justifica la intervención judicial como forma de paliar el tráfico ilegal de órganos¹⁰.

A mi modo de ver son obvias las ventajas que proporciona la tutela judicial. Así, en primer lugar, aunque el donante haya mostrado hasta ese momento una firme voluntad de donar, puede ocurrir que llegado el momento de firmar el documento de cesión se niegue a hacerlo. Tal posibilidad resulta improbable, pero ha de contemplarse y en este sentido la intervención judicial tiene un carácter tuitivo o garantista último, que permite a aquél manifestar su voluntad de forma absolutamente libre, aislándole de las hipotéticas presiones que pudiera haber sufrido en las fases anteriores.

Pero se justifica también la intervención judicial como garantía de legalidad, y si bien es cierto que la normativa reguladora no encomienda al juez de un modo expreso tal función, tampoco la excluye. Por ello, en mi opinión, el juez

deberá verificar, en primer término, si el donante reúne las características legalmente establecidas, es decir que se trate de una persona mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, ya que, como de todos es sabido, no puede realizarse la extracción de órganos a menores de edad, ni siquiera con el consentimiento de sus padres o tutores (pudiendo significarse que la excepción relativa a la médula no lo es tal al considerarse ésta como tejido). No resulta problemático lo concerniente a la fijación de la edad, pudiendo recurrirse incluso, para supuestos extremos, a las pruebas médicas pertinentes. Y en cuanto a la aptitud psíquica, el juez contará con el informe médico exigido por el apartado tercero del artículo noveno del Decreto, de cuyo autor, al ser obligatoria su presencia en el acto de la firma, como he reseñado anteriormente, podrá recabar las explicaciones o informaciones complementarias oportunas.

En el ejercicio de este control de legalidad ha de comprobar, asimismo, que se han emitido los informes médicos que acrediten un estado de salud idóneo del donante, así como los que evidencien la finalidad terapéutica del trasplante y la idoneidad de los sujetos intervinientes, donante y receptor.

Y, finalmente, ha de cerciorarse de que el donante está actuando de forma libre, consciente y desinteresada, sin que medien condicionamientos de índole económico, social, familiar, psicológico o de cualquier otro tipo. Y es en lo concerniente a la acreditación de este extremo donde, a mi juicio, se pueden presentar los mayores problemas, como a continuación expondré.

C.- ALCANCE DE LA INTERVENCIÓN JUDICIAL

Expuestas las consideraciones anteriores, y estimando plenamente justificada la intervención judicial, pasaré a examinar cuál es la función del juez en el proceso que estamos analizando, y a tratar de dar respuesta a lo que, en mi opinión, constituyen las grandes interrogantes que plantea la poco clara redacción legal en este punto; debiendo advertir que las consideraciones que a continuación expondré, responden a mi visión del problema, existiendo opiniones que interpretan restrictivamente la intervención judicial en este ámbito. Las cuestiones no son otras que las de dilucidar, en primer lugar, si el juez puede prohibir, o no autorizar, la extracción del órgano pese al consentimiento

¹⁰ En este sentido Eugenio Pradilla, Magistrado Juez encargado del Registro Civil de Sevilla, quien señala además que “la intervención judicial dota al proceso de la transparencia y garantías bastantes y necesarias para que los ciudadanos lleven a cabo el acto de donación sabiendo cuál es el destino final y la persona que llevará una parte de su anatomía sin que intervengan otros factores que pongan en riesgo la vida y la salud o permitan un uso lucrativo de lo que deba ser un proceso sanitario con alto contenido humano” –*El encargado del Registro Civil en su función de garante del derecho fundamental a la protección a la salud: su intervención en el proceso de donación de órganos y tejidos humanos entre vivos*; ponencia presentada en el Encuentro de Jueces encargados del Registro Civil, organizado por el Consejo General del Poder Judicial y celebrado en octubre de 2006–.

otorgado por el donante. Y, en segundo término, si la oposición, eficaz cabría añadir, a que se lleve a cabo sólo puede ser judicial o puede proceder de alguna otra persona.

Indicaba líneas atrás que uno de los problemas que me plantea la lectura del precepto es la de examinar si el juez puede no autorizar la extracción del órgano pese a la firme voluntad de hacerlo por el donante. La redacción del precepto no es afortunada¹¹. Así se echa en falta una mención, expresa y categórica, a que el Juez, ante el que el donante ha de firmar el documento de cesión, autorice su efectiva realización. Pero, además, en segundo término, *la redacción legal es confusa* –“cualquiera de ellos podrá oponerse eficazmente a la donación si albergan duda sobre que el consentimiento del donante se ha manifestado de forma expresa, libre, consciente y desinteresada”–; teniendo en cuenta que el Juez también interviene en el acto, parece que ha de considerársele comprendido en la alocución “cualquiera de ellos”. Pero la equiparación que entonces se establece carece de sentido. En efecto, si la intervención judicial se justifica, conforme a lo hasta ahora argumentado, por la trascendencia de los bienes jurídicos afectados y por el papel de garante del juez, sólo a él ha de corresponderle “dar luz verde” a la operación. Sin embargo, la interpretación literal de la referida alocución conlleva que la oposición, máxime teniendo en cuenta el empleo del adverbio “eficazmente”, puede provenir de cualquiera de los intervinientes. ¿Cómo ha de interpretarse tal mención? ¿Quiere decirse que las dudas que se generen en cualquiera de los médicos intervinientes en el acto, pueden llevarles a oponerse a la intervención hasta el punto de hacerla inviable? Y si esas dudas no son compartidas por el juez, ¿qué ocurrirá entonces?

A mi modo de ver, el recto entendimiento del precepto impone que la única interpretación coherente con las exigencias legales y con la necesaria intervención judicial sea la de que corresponde al juez, tras haber oído a todos los intervinientes, y dando por descontada la aquiescencia del donante, como es natural, y sólo al juez autorizar la extracción. Su posición de garante de los de-

rechos fundamentales implica un poder de decisión que halla su justificación en el hecho de ser titular de un poder público, condición que no ostentan los demás intervinientes en el acto.

La práctica forense nos indica que en la casi totalidad de los supuestos, por otro lado escasos aún, no se plantean problemas de ningún tipo. Pese a ello cabe pensar que en la comparecencia que estamos analizando, la que se lleva a cabo ante el juez, alguno de los intervinientes exponga las dudas o problemas que, a su juicio, la operación le plantea. Los mismos pueden ser de dos tipos, de carácter técnico, esto es que guarden relación con la praxis médica, o que conciernan al consentimiento del donante.

En mi opinión la “oposición eficaz”, a la que alude el tantas veces citado artículo 9, cobraría sentido en relación al primer tipo de problemas, de modo que habiendo un dictamen médico que desaconsejase la operación, por representar un serio riesgo para el donante o por las razones que fueren, estimo que el juez no podría autorizarla. Pero el precepto no se refiere a ese tipo de dudas. En efecto, la oposición eficaz la vincula a las dudas que genera el que se trate de un consentimiento libre o, incluso, sobre el carácter altruista de la decisión del donante. Y es en este punto donde debo reproducir las preguntas que formulaba líneas atrás, que pueden condensarse en dilucidar si cualquiera de los intervinientes puede “vetar” la cesión o ello ha de corresponderle sólo al juez.

En mi opinión, el juez deberá examinar el informe emitido por el Comité de Ética del hospital trasplantador y deberá oír la opinión de los intervinientes sobre el particular, pero la decisión, en último extremo, le corresponderá a él y sólo a él; de forma que, si estima que pese a la existencia de pareceres discrepantes no consta que el consentimiento del donante adolezca de alguno de los vicios que lo invalidan o que aquél venga mediatizado por una contraprestación económica, deberá autorizarlo¹². Ello entraña, desde luego, la falta de eficacia de los pareceres discrepantes.

¹¹ No es este el único aspecto merecedor de críticas. Así tampoco se escapa a ellas lo concerniente al informe que debe emitir el Comité de Ética del hospital trasplantador. Dice al respecto Juan Carlos Álvarez que la decisión de realizar o no el trasplante no le corresponde al comité en ningún caso, afirmando que “el comité no puede tomar la decisión de si el trasplante se debe realizar o no; esa decisión no le corresponde en ningún caso. Ya que los CEAs son únicamente consultivos y no decisorios, lo *preceptivo* debe interpretarse como la petición y emisión del informe, pero no su contenido, de tal forma que los responsables de indicar y autorizar el trasplante serán los únicos con capacidad de decisión” –*Los fundamentos legales. Problemas prácticos y éticos de su aplicación*. Trasplante hepático de donante vivo. I Congreso sobre Bioética y Trasplante, Iruña–Pamplona, 28 y 29 de noviembre de 2003.

¹² La pregunta que surge de inmediato concierne al alcance de la duda, pero eso nos lleva a otro tipo de problema distinto del que estoy refiriendo; sin perjuicio de lo cual, y siquiera como breve apunte, ante la imposibilidad de extenderme en más consideraciones, dadas las lógicas exigencias de limitación temporal de esta intervención, estimo que mostrando el donante una firme y decidida voluntad de que la extracción se lleve a cabo, la prohibición ha de estar basada en la constancia de indicios que, con arreglo a un proceso lógico, conduzcan razonablemente a poder afirmar la existencia de un obstáculo legal. Cabe incluso plantearse si es posible establecer como criterio interpretativo una suerte de principio *pro donación*, favorecedor de que se resuelvan en sentido positivo los casos dudosos.

La cuestión, con todo, no es pacífica. En efecto, como ya he dicho, hay opiniones que estiman que el papel del juez en este proceso ha de ser más pasivo del que aquí se propugna, de suerte que constatada la concurrencia de todos los requisitos legales, si el donante firma el documento de cesión, ha de limitarse a su recepción y posterior depósito, no estando “habilitado” por lo tanto para obstaculizar la libre voluntad de aquél. Si ello es así, lo que habría que plantearse entonces es la justificación de la intervención judicial, perfectamente sustituible, desde esa perspectiva, por cualquier otra autoridad, o incluso por cualquier otro sistema que garantizase una suerte de consentimiento informado.

A modo de conclusión cabe reseñar que en el Anteproyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria que se está tramitando no se resuelven los problemas que, a mi juicio, plantea el Decreto, ya que, de hecho, se limita a reproducir la actual redacción¹³.

¹³ Se recoge lo concerniente a la extracción de órganos de donantes vivos, en el Capítulo X, arts. 95 a 97. En lo relativo al procedimiento, se inicia mediante solicitud del donante o comunicación del director del centro sanitario en que vaya a efectuarse la extracción (art. 96.1), que dará lugar a la celebración de una comparecencia a la que serán citados al médico que ha de efectuar la extracción, al médico firmante del certificado a que se refiere el apartado anterior, el médico responsable del trasplante y la persona a quien corresponda dar la autorización para la intervención conforme al documento de autorización para la extracción de órganos (art. 96.2), aunque no todos ellos vayan a ser oídos, por lo que en aquellos casos en que así suceda, la citación y comparecencia obligatorias de estos profesionales resulta inútil. La oposición que pueda formularse determinará el archivo del expediente (art. 96.4), y si la resolución es estimatoria se extenderá por escrito el documento de cesión del órgano, requisito indispensable para que pueda efectuarse la extracción [art. 4.c) L. 30/1979)].

DIMENSIONES JURÍDICAS DE LOS TRASPLANTES DE VIVO

Luis González Morán
Profesor Derecho Civil. Universidad de Oviedo

I. INTRODUCCIÓN

Haciendo propia una expresión utilizada por la Comisión de Ética de la Ciencia y de la Tecnología de Québec, esta aportación podría titularse “**Del milagro a la norma**”. La calificación de la realización de los trasplantes como un milagro técnico y científico es absolutamente usual entre los estudiosos de esta materia. Pero al milagro técnico debe unirse el humano, sobre todo para el trasplante renal de donante vivo. La segunda acepción de la palabra “milagro” en el Diccionario de la RAE es “suceso o cosa rara, extraordinaria y maravillosa”. Por tanto, se procederá a un análisis de este complejísimo acto quirúrgico-jurídico en que consiste el proceso de donación/extracción, aceptación/trasplante. Mi reflexión va a moverse en torno a los elementos personales, reales u objetivos y formales con los que se construye jurídicamente la realidad médica “trasplantes de órganos”: aunque mi atención va a fijarse fundamentalmente en los dos protagonistas principales, donante y receptor, no debe olvidarse, para evitar eliminar reduccionismos simplistas, que la realización de un trasplante es –podríamos decir– una actuación coral, con muchas e imprescindibles presencias y aportaciones.

En este sentido, la finalidad que pretendo es rastrear cómo ha logrado el ordenamiento jurídico encajar en unos cauces generalmente poco flexibles esta realidad tan compleja

La regulación jurídica actual de esta materia viene configurada, fundamentalmente por la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre Extracción y Trasplante de órganos y por el Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos. Ambos instrumentos legislativos parten de la idea de que se trata de una donación, sin más precisiones (Vide arts. 2 y 4 de la Ley y art. 1 del RD), hablán-

dose constantemente en dichas normas de donación y de los donantes vivos y fallecidos, prohibiendo expresamente que se conceda una compensación económica al donante, de manera que se evite un comercio de órganos humanos.

El Código Civil regula la normativa relativa a la donación en el Título II del Libro III, a partir del art. 618, que la define como “*un acto de liberalidad por el cual una persona dispone gratuitamente de una cosa a favor de otra, que la acepta*”. Como puede percibirse a primera vista, entre la donación civil estrictamente dicha y la donación de órganos existen una serie de elementos comunes y otros diversos. De ahí que, con especial consideración de los elementos comunes, algunos autores hayan pretendido calificar a la donación de órganos como un contrato atípico de donación: mi intención es examinar todos los elementos que confluyen en el trasplante hepático con donante vivo y comprobar su encaje jurídico, para ver si es asumible esta calificación como contrato atípico de donación o hay que buscarle otra calificación jurídica.

II. PRINCIPIOS JURÍDICOS INFORMADORES

Al oír su enumeración, alguien podrá pensar que se trata simplemente de principios éticos y no jurídicos: y es que en pocas materias como en ésta de los trasplantes se identifican tanto los principios éticos y jurídicos, aunque cada uno debe ser interpretado según su propia naturaleza y aceptando sus propias consecuencias. En este apartado expondré los principios que inspiran la normativa legal, entendida en su conjunto, dedicando los apartados siguientes de este trabajo al estudio de los principios específicos que, desde el punto de vista jurídico, regulan los trasplantes hepáticos de donante vivo. Los principios generales son los siguientes:

1º La donación de órganos humanos deberá respetar los derechos fundamentales de la persona y los postulados éticos en la investigación biomédica (Art 4.2 RD 2070/1999). En enero del 2002 se abrió a la firma el Protocolo adicional al Convenio para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano y la biomedicina sobre el trasplante de órganos y tejidos de origen humano, aprobado por el Consejo de Europa en junio del año 2000. Según el art 1 de este Protocolo, su finalidad es proteger “*la dignidad e identidad de todos y garantizarán, sin discriminación, el respeto a*

su integridad y otros derechos y libertades fundamentales en relación con el trasplante de órganos y tejidos de origen humano”. Dentro de esta misma línea se incluye prevenir la comercialización de partes del cuerpo en actividades de contratación, intercambio y distribución de órganos y tejidos.

- 2º La donación de órganos humanos, tanto con donante vivo como procedentes de donantes fallecidos, se realizará siempre con finalidad terapéutica, es decir, con el propósito de favorecer la salud o las condiciones de vida de su receptor, sin perjuicio de las investigaciones que puedan realizarse adicionalmente. (Art 4.1 RD 2070/1999). Esta exigencia de tipo general (para todo tipo de trasplantes) viene nuevamente recogida en el art 15.4, al indicar que el responsable de la unidad médica o quirúrgica en la que hayan de realizarse el trasplante, sólo podrá dar su conformidad si existen perspectivas fundadas de mejorar sustancialmente el pronóstico vital o las condiciones de vida del receptor... Y como veremos, tal exigencia general se requiere específicamente en el supuesto de trasplante de donante vivo. Regla recogida también en el art. 19 del Convenio de los derechos humanos y de la biomedicina.
- 3º Voluntariedad, es decir, preservar la libertad individual, mediante la adecuada información al donante y al receptor de las consecuencias médicas y psicológicas de su decisión; esta característica será mejor comprendida al examinar las exigencias del consentimiento informado, que será objeto de otras intervenciones.
- 4º Altruismo, solidaridad, gratuidad, principio ya establecido desde la Ley del 79 : “*no se podrá percibir compensación alguna por la donación de órganos.; en ningún caso existirá compensación económica alguna para el donante, ni se exigirá al receptor precio alguno por el órgano trasplantado* (art.2 de la Ley). Por su parte, el artículo 8 del Decreto 2070/1999 reitera literalmente estos principios, añadiendo la prohibición de toda publicidad de donación de órganos o tejidos en beneficio de personas concretas, o de centros o instituciones determinadas (RD 2070/1999, art 7.3). El art 9.2 del mismo RD establece que no se extraerán ni utilizarán órganos de donantes vivos cuando por cualquier circunstancia pudiera considerarse que media condicionamiento económico o de otro tipo, social o psicológico. Asimismo se prohíbe cualquier tipo de publicidad sobre la necesidad de un órgano o

tejido o sobre su disponibilidad, ofreciendo o buscando algún tipo de gratificación o remuneración (RD 2070/1999, art. 7.3).

Esta gratuidad, sin embargo, es compatible con la disposición de que se arbitrarán los medios para que la realización de estos procedimientos no sea en ningún caso gravosa para el donante vivo ni para la familia del fallecido. De hecho, la promoción de la donación u obtención de órganos o tejidos humanos se realizará siempre de forma general y señalando su carácter voluntario, altruista y desinteresado (Art. 7.1 RD 2070/1999).

- 5º Equidad en la selección y acceso al trasplante de los posibles receptores (Art 2 RD 2070/1999); art. 3 del Protocolo: *“Todas las Partes garantizarán que disponen de un sistema que facilite un acceso equitativo a los servicios de trasplantes, que garantice que los órganos y tejidos se asignan en conformidad con reglas transparentes y debidamente justificadas, teniendo en cuenta, de modo particular, los criterios médicos”*. *“Las personas u organismos responsables de las decisiones de asignación se regirán de acuerdo con este marco”*.

III. ELEMENTOS PERSONALES DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

1.- El donante:

- 1º *“debe ser mayor de edad y gozar de plenas facultades mentales, así como de un estado de salud adecuado”*. (Art 9.1 a) Decreto 2070/1999). Según la ley española, en ningún caso es posible la extracción de donante vivo menor de edad, aunque se contara con la autorización de padres, tutores e incluso autorización judicial (como, por ejemplo, se prevé en la esterilización del menor).
- 2º El requisito de la libertad es muy importante en tema de trasplantes de donante vivo. De hecho, ya se ha indicado que está expresamente prohibida la extracción y utilización de órganos de donantes vivos cuando, por cualquier circunstancia pudiera considerarse que media condicionamiento económico o de otro tipo, social o psicológico (art 9.2 Decreto 2070). Por eso, deben tenerse muy en cuenta las situaciones de posible coacción moral en

casos de donantes emparentados y en los casos de dependencia moral o física de la familia. Uno de los requisitos esenciales para la realización de los trasplantes es que “no se aprecie que se altere el libre consentimiento del donante” (Art 9.2). Hay que evitar poner a la persona del donante, sobre todo en donaciones efectuadas en el ámbito familiar, en la angustiosa alternativa *“entre el heroísmo y el remordimiento, enfrentándolo a su propia conciencia”*. (Ferrando MANTOVANI).

- 3º *“el donante habrá de ser informado previamente de las consecuencias de su decisión”*. El art. 11 del Protocolo indica que *“recibirá la información adecuada sobre el objeto y naturaleza de la extracción, así como sobre sus consecuencias y riesgos. También se le informará de los derechos y garantías previstos en la ley para proteger al donante. En particular se le informará sobre el derecho a obtener consejo independiente –en relación con los riesgos– de profesionales de la salud con una experiencia adecuada y que no participan en la extracción o la implantación”*.

En tema de información hay que tener en cuenta el contenido de la Disposición adicional 2ª de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: *“las normas de esta Ley relativas a la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica, serán de aplicación supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, en los de aplicación de técnicas de reproducción asistida y en los que carezcan de regulación especial”*. La información habrá de ser verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad (Ley 41/2002, artículo 4.2).

- 4º *“el donante deberá prestar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada”* (artículo 9.1 c). El consentimiento es personalísimo, es decir que únicamente puede darlo el donante y nadie puede prestarlo en su nombre. Según el Protocolo, el consentimiento del donante vivo ha de ser libre, informado y específico, por escrito o ante un organismo oficial (artículo 12). (No entro a estudiar los aspectos del consentimiento informado

del donante y del receptor porque serán objeto de otras intervenciones posteriores).

2.- Requisitos por parte del receptor

Los recoge el artículo 6 de la Ley:

- 1º Que el receptor sea plenamente consciente del tipo de intervención que va a efectuarse, conociendo los posibles riesgos y las previsibles ventajas que, tanto física como psíquicamente, pueden derivarse del trasplante. En tema de información, en la actualidad hay que remitirse obligatoriamente a la normativa contenida en la Ley 41/2002, ya mencionada.
- 2º Que el receptor sea informado de que se han efectuado en los casos precisos los necesarios estudios inmunológicos de histocompatibilidad u otros que sean procedentes, entre donante y futuro receptor, efectuado por un laboratorio acreditado por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- 3º El trasplante de órganos humanos exige el consentimiento previo y por escrito del receptor o de sus representantes (art. 15.1 del RD 2070/1999); así se ha corregido la calamitosa redacción del art. 6 c) de la Ley 30/1979, que, según comentarios de diversos autores, ponía de relieve que la ley había sido redactada por médicos y no por juristas: *“Que el receptor exprese por escrito su consentimiento para la realización del trasplante cuando se trate de un adulto jurídicamente responsable de sus actos, o por sus representantes legales, padres o tutores, en caso de pacientes con déficit mental o menores de edad”*.

IV. LOS ELEMENTOS REALES EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

La regulación vigente es muy escrupulosa y respetuosa con el principio y derecho de la integridad física de la persona y establece una serie de garantías que pueden ser englobadas dentro de los elementos reales, a saber:

- 1º **La denominada “finalidad terapéutica”**, ya indicada anteriormente: *“la extracción de órganos o tejidos de una persona viva puede ser llevada a*

cabo solo en beneficio terapéutico del receptor” (Art. 8 del Protocolo), en el sentido de que el órgano extraído será trasplantado a una persona determinada con el propósito de mejorar sustancialmente su pronóstico vital o sus condiciones de vida (Art. 9.1 e) Decreto 2070).

A mayor abundamiento, se precisa en el RD (art. 9.2) que una de las condiciones esenciales para la extracción y trasplantes de órganos de persona viva es que *“puedan esperarse grandes posibilidades de éxito del trasplante”*.

- 2º **Con relación a la vida del donante:** El artículo 10 del Protocolo dispone que *“antes de proceder a la extracción de órganos o tejidos, se realizarán las oportunas investigaciones médicas e intervenciones para evaluar y reducir los riesgos físicos y psicológicos para el donante. La extracción no se realizará si existe un grave riesgo para la vida o la salud del donante”*.

Por otra parte, debe tratarse *“de un órgano o parte de él cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura”* (art 9.1 b). Se trata, obviamente, de no poner en peligro la vida del donante, respetando uno de los derechos fundamentales de la persona constitucionalmente protegidos.

Es muy interesante ponderar el paralelismo entre esta expresión y el contenido del art. 634 CC referido al objeto de las donaciones típicas, patrimoniales: *“La donación podrá comprender todos los bienes presentes del donante, o parte de ellos, con tal que éste se reserve, en plena propiedad o en usufructo, lo necesario para vivir en un estado correspondiente a sus circunstancias”*. Es decir, de la misma forma que en el objeto de la donación patrimonial se prohíbe que donante expolie su patrimonio de forma que quede en precario su subsistencia, en el ámbito de la donación de órganos se veta al donante expoliar o expropiar de tal manera su realidad corporal que amenace su propia supervivencia.

- 3º **El estado de salud física y mental del donante** deberá ser acreditado por un médico distinto de los que vayan a efectuar la extracción y el trasplante. Este médico deberá informar de los riesgos inherentes a la intervención,

así como sobre las consecuencias previsibles de orden somático o psicológico, las repercusiones que pueda suponer en su vida personal, familiar o laboral, así como de los beneficios que con el trasplante se espera haya de conseguir el receptor (art. 9.3 Decreto).

Esto es conocido con el nombre de la idoneidad del donante, que deber ser clínica, inmunológica y psíquica.

- 4º La doctrina ha insistido en que en la donación civil típica tiene que darse una disminución real y efectiva en el patrimonio del donante y el correspondiente aumento en el del donatario. Dicho de otra manera: el donante se empobrece en una parte de su patrimonio en beneficio de otra persona que se enriquece en la misma medida. Esta característica se da en el trasplante, donde la parte del organismo de que se desprende el donante viene a potenciar, en la misma medida, pero ampliada por la propia dinámica de la vida, el organismo y las funciones del receptor.
- 5º También se requiere la idoneidad del lugar de ejecución y de la capacidad científico-técnica de los ejecutores de la extracción.
- 6º El artículo 9.5 del Decreto establece lo que es denominado “*período de reflexión*”, a fin de que el donante reconsidere, si lo estima necesario, la decisión adoptada, por lo que habrán de transcurrir al menos veinticuatro horas entre la firma ante el Juez del documento de consentimiento de cesión del órgano y la extracción del mismo.

V. LOS ELEMENTOS FORMALES DE LA DONACIÓN DE ORGANOS

1. La prestación del consentimiento donante vivo. Para proceder a la extracción de órganos de donante vivo, es necesario que el donante otorgue su consentimiento expreso por escrito ante el Juez encargado del Registro Civil de la localidad donde va a ser efectuado el trasplante. A la manifestación del consentimiento deben preceder las explicaciones del médico que ha de efectuar la extracción, estando presentes el médico que ha realizado el informe sobre la salud física y mental del donante, el médico que ha de realizar el trasplante y la persona que ha de prestar la conformidad para la intervención.

2. Como hemos dicho, el otorgamiento del consentimiento se recogerá por escrito, en un documento, donde se extenderán las firmas del donante y todos los demás asistentes citados en el apartado anterior. Como garantía muy importante, se precisa que cualquiera de los asistentes podrá oponerse eficazmente a la donación si albergan dudas sobre que el consentimiento del donante se haya manifestado de forma expresa, libre, consciente y desinteresada, añadiendo expresamente el Decreto (art. 9.4) que “*en ningún caso podrá efectuarse la extracción de órganos sin la firma de este documento*”. La no existencia de consentimiento o la prestación de uno viciado podría suponer la existencia de un delito de lesiones previsto en el Código penal. La cesión de órganos de personas vivas para su ulterior trasplante a una persona enferma que lo necesita, aunque constituye una disminución corporal en principio castigada penalmente (art. 147 C. Penal), está expresamente autorizada por la Ley de 1.979 y por el propio Código Penal en su art. 156.
3. Como se ha visto, es necesario que el receptor preste su consentimiento a la realización del trasplante hepático con carácter previo y por escrito (art 15.1 RD 2070/1999) mientras que el art. 15.3 del RD 2070/1999 dispone que en la historia clínica del receptor se recogerán los datos necesarios que permitan identificar al donante, al órgano y al centro hospitalario del que procede el órgano trasplantado.

VI. CONCLUSIONES

Examinados ya los elementos que configuran jurídicamente la donación y trasplante de órganos, especialmente con donante vivo, llega el momento de determinar con precisión ante qué realidad jurídica nos encontramos.

1. ¿Es la donación de órganos un contrato civil, más exactamente un contrato atípico de donación?
 - 1.1. Hay algunos elementos que son comunes a uno que podría denominarse contrato atípico de donación y la donación de órganos: en ambos se trata de un acto de liberalidad. En la donación de órganos, toda la normativa insiste en la necesidad de este carácter altruista y gratuito, muy

motivado por la solidaridad. De hecho, en la EM del Decreto 2070/1999 se enumeran los principios: “altruismo, solidaridad, gratuidad”. De hecho, este elemento común de la liberalidad, rasgo característico de ambos actos, es lo que ha inducido a algunos comentaristas a calificar la donación de órganos como un contrato atípico de donación.

- 1.2. Por el contrario, existen en la donación y trasplante de órganos elementos que hacen imposible su encaje en la figura estricta del contrato civil de donación como en el contrato atípico. Como se vió anteriormente, según el CC la donación es un acto de liberalidad por el cual una persona dispone gratuitamente de una cosa a favor de otra, que la acepta. En esta materia, obviamente, una dificultad a la hora de conceptualizar la donación de órganos como un contrato, aunque sea atípico, de donación viene causada por el “objeto” de la donación de órganos, en concreto en el trasplante renal de donante vivo: de hecho, este elemento esencial del contrato, el “objeto”, es distinto del objeto considerado en las donaciones patrimoniales, ya que aquí se trata de una realidad, que está fuera del comercio de los hombres, y, en principio, no podrían ser objeto de la donación típica ya que según el art. 1.271 CC, “pueden ser objeto de contrato todas las cosas que no están fuera del comercio de los hombres, aún las futuras”.

Otra dificultad para calificar la donación de órganos como contrato de donación viene de la exigencia del art. 618 CC de que uno de los elementos esenciales de éste es que la donación sea aceptada, mientras que en la donación de órganos no existe una verdadera aceptación por parte del receptor, exigiendo únicamente el art. 15.1 del RD 2070/1999, que preste el consentimiento a la realización del trasplante de órganos humanos, sin que exista referencia alguna a la aceptación de la donación.

Sin duda el argumento más fuerte que veta la definición de la donación de órganos como un contrato atípico de donación es que aquella, en sentido jurídico estricto, no es ni siquiera contrato porque este aparece por la conjunción del consentimiento de dos o más personas con la finalidad de ser fuente de obligaciones entre ellas, o dicho con mayor precisión, el contrato es aquel negocio jurídico de carácter bilateral cuyo efecto consiste en constituir, modificar o extinguir una relación jurídica patrimonial (DIEZ-PI-

CAZO). De hecho, en el art. 9.5 se dispone que el donante podrá “*revocar su consentimiento en cualquier momento antes de la intervención sin sujeción a formalidad alguna, sin que dicha revocación pueda dar lugar a ningún tipo de indemnización*”. Lo cual pone en evidencia que no nos hallamos frente a un contrato “*veri nominis*”, ya que para el donante su consentimiento para la donación no le obliga a nada, porque puede revocarlo en cualquier momento sin necesidad de tener que hacer frente a ninguna obligación reparadora del posible daño causado al receptor con su revocación.

2. Creo que, con mejor criterio jurídico, la posibilidad de que una persona decida, libremente convertirse en donante de órganos y ceder parte de su propio cuerpo para remediar las graves dificultades sanitarias de otra persona debe enmarcarse dentro de los llamados por la civilística “los derechos de la personalidad”, mientras que en el Derecho Constitucional se utiliza la idea y la denominación de derecho fundamental para designar un ámbito de protección constitucional de la persona. Aquí estaríamos, por lo que respecta al donante de órganos, en la esfera de principio de la salvaguarda de la vida, integridad física y salud de la persona: en el ordenamiento jurídico español el principio básico en relación con el propio cuerpo y sus partes es el de indisponibilidad, consecuencia del derecho fundamental a la integridad física, por lo que el hombre no tiene sobre su propio cuerpo y sus atributos personales un pleno poder de disposición; sin embargo, este principio no es absoluto y permite excepciones que vengan exigidas por un bien o interés proporcionado. En concreto, la normativa sobre trasplantes establece la posibilidad de estas excepciones a la indisponibilidad y regula su ejercicio y sus límites, sobre la base de los principios inspiradores de esta, ya conocidos, como son la voluntariedad, el altruismo y la solidaridad.

De ahí que la normativa vigente sobre donación y trasplante de órganos consagre una limitada capacidad de disposición de la persona sobre su propio cuerpo y sus atributos corporales, que debe venir reglamentada en cuanto a sus límites y expresiones. De donde se sigue la normativización de todas las disposiciones que garanticen un adecuado ejercicio de este poder de disposición.

Por lo que respecta al receptor, la exigencia de que el Estado asegure la posibilidad y la realización de los trasplantes de órganos podría encajar en el art.

43 de la Constitución española donde, al mismo tiempo que se reconoce el “derecho a la protección de la salud”, se ordena a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”, debiendo la Ley “establecer los derechos y obligaciones de todos al respecto”.

Debe añadirse, para finalizar, que en esta materia tienen mucha influencia la valoración social y las convicciones morales de la comunidad, que entre nosotros, en materia de trasplante de órganos, se han expresado siempre con un alto grado de aceptación y reconocimiento social, siendo admitidos como actos de solidaridad y altruismo. Y así, el Derecho da cauce jurídico y encaje normativo a valores de tanta entidad ética como son la generosidad y la solidaridad, haciendo posible el tránsito “**del milagro a la norma**”.

CONFLICTO DE INTERESES EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS PROCEDENTES DE DONANTE VIVO

Francisco Javier Rivas Flores

Hospital San Rafael, Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.
Coordinador del Comité de Ética de la Provincia de Castilla de la O.H. San Juan de Dios.

Desde que se iniciaron los trasplantes renales en el mundo los avances han sido muy significativos, tanto en las indicaciones, en el diagnóstico precoz el conocimiento de los mecanismos implicados en el rechazo que pueden ocasionar igualmente la técnica quirúrgica ha mejorado notablemente haciéndola más fiable, más segura y con menos efectos secundarios. Históricamente los primeros trasplantes se realizaron con donante vivo, pasando posteriormente a donante de cadáver¹.

La esperanza de vida media en España ha ido aumentando paulatinamente lo que lleva a que aumente la probabilidad de enfermedad renal que puede ser susceptible de tratamiento y de trasplante. Igualmente se ha incrementado la prevalencia de enfermedades como la diabetes que es una de las causas más frecuentes de Insuficiencia Renal Crónica. Por otro lado se observa que hay un estancamiento en el índice de donaciones procedente de cadáver, en gran medida por la disminución de la mortalidad derivada de los accidentes de tráfico², lo que está llevando a plantear un aumento de las donaciones procedentes de vivo. Dado que la donación procedente de donante vivo está ofreciendo oportunidad de mejorar esta situación, puesto que el beneficio que se obtiene es indudable, es necesario un análisis de los intereses que pueden obtener los actores en la donación y reconocer los conflictos éticos que subyacen en estas situaciones.

Para entender el conflicto de intereses habrá que conocer que significa interés. Según el diccionario de la RAE supone: *(Del lat. interesse, importar).* 1. m. Provecho, utilidad, ganancia. 2. m. Valor de algo. 3. m. Lucro producido por el capital. 4. m. Inclinação del ánimo hacia un objeto, una persona, una narración, etc. 5. m. pl. Conveniencia o beneficio en el orden moral o material.

Veamos por tanto el papel que juega cada uno de los intervinientes y el beneficio o interés que puede obtener.

1. Paciente: es el actor que primariamente se beneficia de la donación. Mejora su estado de salud y puede reanudar vida laboral y social. Es más con el trasplante de donante vivo puede presentar una supervivencia más prolongada con lo que no precisa nueva intervención en más tiempo (la vida media de un riñón de donante vivo está en 16 años frente a los 10 del procedente de cadáver)³.
2. Familia. La familia también se beneficia del trasplante en general, dado que se liberan del cuidado que supone la diálisis, en cuanto a transportes, atención, etc. Igualmente puede suponer el restablecer la estabilidad emocional en la situación familiar. Si el paciente se reincorpora a su trabajo puede suponer un beneficio extra⁴.
3. Sistema sanitario: el trasplante de donante vivo tiene un menor coste que la hemodiálisis o la diálisis peritoneal. El hecho de que el enfermo se pueda reincorporar a su actividad laboral supone que vuelve a ser productivo en términos fiscales, y deja de ser beneficiario, lo que facilita que otros puedan acceder al sistema.
4. Los centros hospitalarios y los equipos de trasplantes pueden validar su efectividad lo que puede aumentar el volumen de pacientes tratados por esta técnica, lo que permite mejorar su reputación y estar en una posición de ventaja para, incluso otros programas o actividades (docentes, investigadoras)⁵.
5. El donante ¿qué interés puede tener?. La Ley española de donación de órganos establece el carácter altruista por parte del donante, como garantía del proceso que evitaría el tráfico de órganos. Se resalta que el beneficio que obtiene el donante es intangible, podemos decir de tipo espiritual, que se manifiesta⁶ como deseo de ayudar; aumento de la autoestima; identificación con la situación del receptor; beneficio propio: al mejorar la salud del receptor mejora la calidad de vida de toda la familia y del propio donante; lógica: analizar de forma racional los riesgos y beneficios; sentimientos de deber moral por los siguientes por un bien superior cual es contribuir a la

salud de otra persona, por cariño, amor o un sentimiento de solidaridad con el que sufre, de manera que, como señala Punset⁷, puede ser una de las claves que da la felicidad a las personas al considerar que viene dada por la capacidad de compromiso con la sociedad y que viene caracterizado por valores y actitudes vinculado al mantenimiento de la especie en condiciones sostenibles, y qué mayor grado de compromiso que la donación y la entrega de una parte del parte para ayudar a otra persona.

Pero ¿puede esta circunstancia ser suficiente para fomentar la donación en vida o sería necesario que se arbitraran algunas fórmulas que fomentaran aún más la donación de vivo?. Dado que se le infringe un daño por la cirugía, si bien es cierto que las nuevas técnicas laparoscópicas son menos agresivas y con menores complicaciones postoperatorias; la pérdida de un órgano sano, aunque sea par, incrementa el riesgo de presentar alteración renal en un futuro, situación que algunos consideran que transforma a la persona sana en paciente; para el donante supone un coste en lo que en economía se conoce como coste-oportunidad^{1,8} que en el caso que nos ocupa supone que el tiempo que el donante consume en las consultas, pruebas complementarias diagnósticas, cirugía, postoperatorio y revisiones no lo invierte en otras actividades personales, incluso puede llevar aparejadas pérdidas económicas por estos motivos. Incluso las personas que hacen donación en vida puede ser penalizados a la hora de contratar seguros de vida o inscribirse en pólizas de salud. Es más algunas de estas cuestiones pueden ser determinantes en la toma de decisiones sanitarias⁹.

Con este panorama Friedman¹⁰ plantea ofrecer algún tipo de compensación la donación a los donantes vivos. El planteamiento es el siguiente por qué negar algún tipo de beneficio cuando hay otras acciones sanitarias en las que se compensa a las personas tales como donación de pelo, sangre, esperma, u ovocitos; también se compensa por participar como voluntario sano en investigación médica o incluso por maternidad subrogada. Estos autores incluyen otros aspectos de la cesión de cuerpo como puede ser la prostitución. Se reconoce para cada una de estas acciones los inconvenientes que originan y los efectos secundarios que conllevan:

¹ En economía se entiende por coste oportunidad que el coste de una determinada elección no es únicamente el dinero que se gasta al elegir tal opción, sino el sacrificio que supone tal decisión, tanto si implica una transacción monetaria como si no.

Prácticamente sin riesgo para cabello, sangre o semen, (aunque en estos dos últimos puede presentar riesgos para el comprador o receptor como son infecciones o defectos genéticos).

La donación de huevos conlleva hiperestimulación ovárica, un procedimiento invasivo para su obtención, el riesgo de cáncer de ovario o infertilidad en un futuro.

La maternidad subrogada presenta riesgos para la madre tales como transfusiones, prolapso de órgano e incluso muerte.

La participación de voluntarios sanos puede provocar alteraciones en ocasiones no previsibles.

También aboga por un mecanismo regulador que proteja a los posibles donantes, que sea objetivo, equilibrado y multidisciplinario. La propuesta es limitar la donación a los residentes legales del país, a los familiares aunque no residan en el territorio.

En este sentido otros autores proponen criterios de equidad y justicia para evitar las desigualdades que se puedan dar, para ello proponen utilizar las ventajas de un mercado monopsónico (en el que hay un comprador único) como supone los países que tienen un sistema nacional de salud¹¹. Para estos autores la ventaja de este tipo de mercado supone contar con un “pool” de donación de órganos actuando el Sistema Nacional de Salud como repartidor de estos órganos. Para lo que se propone la creación de un registro a través de un sistema tipo fundación¹² que evitaría que los pacientes con más poder adquisitivo compren los órganos de las personas más necesitadas.

Por otro lado muchos abogan por no compensar la donación aduciendo entre otros motivos que esta práctica amenaza la confianza en la sociedad, por lo que se sigue fomentando la donación de órgano procedente de cadáver.

ANÁLISIS

Cuando se realiza el análisis desde la óptica del interés casi siempre se centra en el análisis económico. Como en cualquier actividad sanitaria en la donación

se dan unos componentes económicos que hay que considerar, componentes que incluyen tanto el personal que participa, como el material que se consume como la actividad sanitaria que se realiza, como los procedimientos alternativos a la donación.

Pero una cosa es el uso de los medios económicos disponibles para llevar a cabo la actividad y otra es el afán de lucro. Aristóteles ya distinguía entre economía y crematística. Según Aristóteles lo propio de la primera es la utilización adecuada de los bienes para una correcta administración de la casa y el logro de la comunidad familiar, implica también una vertiente de adquisición de bienes, cuya finalidad es la satisfacción de las necesidades de los miembros de la casa, que son limitadas. Los bienes constituyen riquezas, porque tienen valor de uso y valor de cambio. En tanto que la orientación crematística es bien diferente, porque su fin es el incremento continuo de adquisición de riquezas que solo tienen un valor de cambio: el dinero. Lo que distingue a la crematística es, por tanto, el deseo ilimitado de dinero, el afán de lucro que lleva la usura, conductas que Aristóteles considera como desordenadas¹³. Se reconoce la importancia de la economía pero lo que se critica es el beneficio crematístico desmedido no tanto la economía que se utiliza.

Análisis ético

1. Principialista:

Parece necesario, en este punto, hacer el análisis de esta situación desde la perspectiva de los principios de la Bioética, desde la formulación que hace el Prof. Diego Gracia, puesto que suponen el esbozo moral asumido y asumible por todas las comunidades y suponer el primer nivel de reflexión ético en el ámbito sanitario.

Su aplicación concreta a los trasplantes renales de donante vivo puede expresarse así:

Beneficencia: El trasplante beneficia al paciente puesto que restablece una función renal, dejando la dependencia de la diálisis. En el caso de trasplante de donante vivo, como se ha comentado anteriormente, la duración del injerto es mayor y con más probabilidades de viabilidad.

Autonomía: supone que tanto la donación como la recepción han contado con la información suficiente sobre los beneficios y los efectos secundarios y problemas aparejados al trasplante. Que en el caso del donante no hubo coacción ni se ejerció presión alguna para forzarle a donar. Si bien es cierto que desde el emotivismo la relación interpersonal es difícil no considerar algún tipo de presión.

No maleficencia: Realizar la técnica quirúrgica con toda la seguridad y garantía técnica que evita un daño añadido al que de por sí se origina al extraer el órgano sano. Para el donante puede ser difícil delimitar el no daño dado que se le quita una parte de su cuerpo, que no se va regenerar a diferencia de lo que ocurre en el hígado.

Justicia: supone asegurar mecanismos que garanticen una distribución de recursos que permita un mayor aprovechamiento de los recursos sanitarios. La donación por parte de vivo puede suponer un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios, como ya se ha comentado, al suponer un ahorro económico al tener, el injerto una supervivencia mayor.

2. Ontológico

El ser humano tiene una dignidad por su propia condición, desde la premisa de Sócrates el ser humano es “res sacra”, y en el inconsciente de todo ser humano está el respeto hacia lo sagrado. Todas las culturas tienen elementos que consideran sagrados y que nadie se atreve a manipular, y en general parece repugnar esta utilización de partes del cuerpo para provecho. Es más las noticias que de vez en cuando llegan de personas a las que se le ha extirpado un riñón sin su consentimiento o mediando un pago nos indignan por lo que suponen de aprovechamiento de una posición de poder por parte de los receptores. Esto es así puesto que supone la materialización de una instrumentación al servicio de un fin u objetivo que daña el respeto que se reclama para todo el ser humano.

En el orden moral, Kant fue quien hizo la formulación universal del concepto de dignidad del ser humano, referida a cómo se debe obrar con relación al ser humano: “obra de tal modo que uses la Humanidad, en tu persona y en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca solamente como un medio”. Kant

ya reconoce que en cierta medida todos podemos ser medios para los demás, de alguna manera todos necesitamos de otros y en esta necesidad se puede utilizar al otro sólo como un medio para satisfacer las necesidades del otro. La aplicación del principio kantiano lleva a impedir el mercadeo y el comercio de órganos.

Otras formulaciones más modernas son las expresadas por Guardini, ser persona significa que no puedo ser utilizado por nadie y Engelhart quien establece que ni el hombre ni su obra pueden ser utilizados.

Evidentemente este principio exige una especial responsabilidad para con el ser humano ya que nos obliga a demostrar con la actuación el respeto debido a la persona. El concepto más tradicional de dignidad supone un acto transitorio en forma de trato diferenciado que se da a las personas, en gran medida por los méritos contraídos en la vida. Por lo que se puede considerar una muestra de respeto y enaltecimiento de la dignidad el compensar mediante determinados beneficios a los donantes. Este planteamiento se basa en que el gesto generoso del donante no sólo beneficia al receptor sino a otros pacientes y al propio sistema, aunque solo sea por la consideración de coste-oportunidad. Es más puede ser de justicia. Planteamiento similar ya se hizo en el primer Congreso de trasplante de donante vivo dedicado a los trasplantes hepáticos¹⁴.

La compensación sólo debería ser en forma de beneficios sanitarios tales acceso más inmediato a los servicios sanitarios, reconocimientos médicos, acceso a fármacos, medidas preventivas, pero también se podrían considerar otros beneficios fiscales, o determinados seguros de vida sin coste adicional ni penalización por la cirugía previa. La mayor facilidad para actividades preventivas y/o prioridad en el acceso a tratamientos nefrológicos en el caso de fallo del riñón restante podrían ser otras de las medidas.

Conclusiones

Los datos disponibles hablan de un estancamiento de las donaciones procedentes de cadáver por la menor accidentabilidad y mortalidad derivada de los accidentes de tráfico, en tanto que el número de candidatos a trasplante sigue aumentando.

Cada vez es más factible el llevar a cabo trasplantes procedentes de donante vivo, tanto por los medios técnicos disponibles en los centros sanitarios como la preparación de los equipos médicos para llevarlos a cabo.

Para el receptor presenta menos mortalidad, morbilidad y la vida media de los órganos trasplantados son más prolongadas, por lo que es necesario menor número de intervenciones por paciente.

Tanto el paciente afecto de insuficiencia renal y subsidiario de trasplante renal como el sistema sanitario se benefician de este tipo de trasplantes.

La donación de órgano por parte de personas sanas, se realiza desde el altruismo y la solidaridad que se nos puede exigir como corresponsables de la humanidad, pero qué duda cabe que supone un costo para el donante, tanto en el daño ocasionado al perder un órgano que no se recupera, como en el conocido coste-oportunidad.

El análisis ético no parece encontrar justificaciones para impedir una contraprestación para el donante, de manera que compense el desequilibrio que se da entre las partes que intervienen.

Para esta compensación España tiene la ventaja de que, en relación con los trasplantes, se trata de un mercado monopsómico en el que sólo interviene un comprador, que a su vez es suministrador de servicios sanitarios, el Sistema Nacional de Salud. La compensación que se propone supone el acceso a determinados bienes sanitarios tales como el acceso prioritario a los servicios sanitarios, acceso a chequeos y reconocimientos, la no penalización en seguros o incluso determinados beneficios fiscales.

Lo que no parece éticamente aceptable es un mercadeo con los órganos, de manera que se fomente un interés crematístico en el trasplante de órganos, incluso aunque se justifique por mejorar la economía de personas económicamente muy necesitadas. Para estas situaciones parece más razonable establecer medidas estables y duraderas que mejoren su economía sin necesidad de vender parte de su cuerpo mediante un compromiso social serio y coherente con los valores que se defienden al respetar al ser humano.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 Gracia D: *Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética*. Nefrología 2001, vol XXI (supl 4): 13-29.
- 2 Matesanz R. Diario Médico 6/10/06
- 3 Matesanz o.c.
- 4 Friedman, AL: *Payment for living organ donation should be legalised*. BMJ 2006; 333; 746-748
- 5 Friedman, AL: oc.
- 6 Perea, M, Vilardell, J, Manyalich, M. *Aspectos éticos y legales del trasplante renal de donante vivo: Gestión y coordinación del proceso de donación de vivo*. Arch. Esp. Urol., 2005, 58 (6), 491-496.
- 7 Punset, E: *El viaje a la Felicidad*. Destino. Barcelona, 2005. Pág. 23.
- 8 Hidalgo A; Corugedo I; Del Llano J: *Economía de la salud*. Ed. Pirámide. Madrid 2001. Pág. 316.
- 9 Pinto JL; Abellán JM; Sánchez FI: *Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas*. Ed. Masson. Barcelona 2004.
- 10 Friedman, oc.
- 11 Harris J, Erin C: *An ethically defensible market in organs*. BMJ 2002; 325:114-5
- 12 Tufos, A: *Debate fuels controversy over paid-for live organ donation*. BMJ 2002; 325: 66.
- 13 Simón P (ed). *Ética de las Organizaciones Sanitarias*. Ed. Triacastela. Madrid 2005. pág. 64-65
- 14 Velázquez JL: *La justificación moral del daño*. En Martínez K: *Trasplante hepático de donante vivo*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. Bilbao 2004. pág. 65-69.

ASPECTOS ETICO-PRÁCTICOS EN EL TRASPLANTE RENAL DE VIVO

Rosa Deulofeu Vilarnau¹

Directora de la Organización Catalana de Trasplantes (OCATT)

INTRODUCCIÓN

El trasplante, en nuestro medio, es una prestación sanitaria incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y por tanto financiada por la seguridad social.

El trasplante tiene un marco legal Ley 30/1979¹ que regula las actividades de obtención y utilización clínica de los órganos y tejidos, un Real Decreto 2070/1999² que lo desarrolla, un RD de 1 de marzo de 1996³ sobre el trasplante de tejidos, los artículos 156 y 155 del Código Penal: donante mayor de edad, y consentimiento valido y altruista.

El Trasplante Renal de Donante vivo (TRDV) Es una vieja alternativa terapéutica que fue prácticamente abandonada en nuestro medio en los años 80 por la facilidad⁴ en la obtención de órganos de cadáver gracias a la organización amparada en la Ley de trasplantes⁵⁻¹¹ y a la implantación de una la figura del coordinador de trasplantes que se estableció en Cataluña¹² y Madrid en los inicios de 1984 y cuyo modelo organizativo se extendió a gran parte del Estado español (42 coordinadores de trasplante se reunieron en Barcelona en 1987)¹³. Actualmente los órganos obtenidos de cadáver 38 por millón de población en Cataluña y 34,6 en el global del estado, no son suficientes para disminuir las listas de espera de trasplantes, sobretudo en el caso del trasplante renal. La edad de los donantes¹⁴ fue aumentado a una media de 54 años en Cataluña en 2005.

El riñón gracias al tratamiento dialítico que sustituye su función, tiene una alternativa de vida, que no tienen otros órganos pero, tanto la calidad de vida, como la supervivencia del receptor son más altas en el trasplante renal, que en la diálisis.

¹ Mi agradecimiento al Dr. Jordi Vilardell del Hospital Clínico de Barcelona, por su ayuda en el enfoque inicial de este tema.

La donación de vivo es un proceso de decisión individual que tiene beneficios y riesgos así como, consecuencias positivas y negativas a distintos niveles.

La donación de vivo constituye una fuente importante de órganos en muchos países, y la única en otros, como por ejemplo en Irán¹⁵. En el Estado español, a medida que avancen la aplicación de las medidas de seguridad vial, y den resultados las medidas de prevención de riesgos cardiovasculares... los programas de trasplantes con donación de vivo (entre otras alternativas), serán cada vez más necesarios, para disminuir el número de pacientes y la mortalidad en las listas de espera.

LA DONACIÓN DE VIVO EN SUS ASPECTOS LEGALES

Este capítulo será tratado de forma específica pero recordaremos que el artículo 9 del Real Decreto 2070/1999 contempla: un **receptor** que pueda esperar grandes posibilidades de éxito con trasplante, la **indicación médica** del tratamiento¹⁶, y el estudio de los posibles donantes mayores de edad, psíquica y mentalmente capaces.

Un **médico independiente** del equipo de extracción i trasplante cuya misión es acreditar el estado de salud físico y mental del donante, informar¹⁷ sobre los riesgos inherentes a la donación, las consecuencias previsibles de orden somático o psicológico, las repercusiones que pueden suponer en su vida personal, familiar o profesional, así como los beneficios que con el trasplante se espera haya de conseguir el receptor. Todo ello debe ser acreditado por un **informe médico** que hará necesariamente referencia además, a la información facilitada y a la respuesta y motivaciones libremente expresadas por el interesado, y en su caso cualquier índice de presión externa del mismo. El certificado incluirá los médicos que hayan podido colaborar en las tareas del médico que certifica.

El **consentimiento informado del donante** debe ser hecho de forma *expresa libre consciente y desinteresada* de forma que en ningún caso se extraerán ni se utilizarán órganos de donantes vivos cuando por cualquier circunstancia pueda considerarse que media condicionamiento económico o de otro tipo, social o psicológico.

Será necesario el informe **preceptivo del Comité de Ética Asistencial (CAE) del hospital trasplantador**.

El trasplante debe ser realizado en un **centro hospitalario autorizado** por la Autoridad Sanitaria competente.

El consentimiento de donante debe ser ratificado por el Juez del Registro Civil.

El responsable a quien corresponda dar la autorización para la extracción y que figura en el documento de autorización del centro.

LA DONACIÓN DE VIVO EN SUS ASPECTOS ÉTICO-PRÁCTICOS

Todo el proceso presenta circunstancias que podrían ser incluidas en el apartado motivo de este artículo y que están relacionadas con los aspectos ético prácticos:

1. Necesidad de un protocolo hospitalario.
2. Información completa al donante y al receptor.
3. El proceso de toma de decisión del donante y del receptor.
4. Consideraciones en relación al grado de relación entre donante y receptor y precauciones para el cumplimiento de la Ley.
5. Procedimiento, valoración y utilización del informe preceptivo del CAE.
6. Comprobación y constatación de la no maleficencia, de la voluntad expresa, libre y consciente y desinteresada del donante, de su atención médica, y de las diferentes circunstancias que pueden envolver un TDV incluyendo la posibilidad de compensación económica.

1. Necesidad de un protocolo hospitalario

Cuando un centro ha obtenido la autorización para la extracción de órganos de donante vivo, deberá tener en cuenta la protocolización en todos sus aspectos tanto éticos como prácticos.

No maleficencia en la selección del donante: Minimizar los riesgos. La información que el donante¹⁸ y el receptor deben recibir:

Los sistemas de detección y el establecimiento de niveles de control para asegurar que no media presión ni interés económico por parte del donante, y que éste será atendido médicamente, antes durante y después de la extracción.

Un protocolo intrahospitalario de los circuitos necesarios, las figuras responsables de cada uno de los pasos a seguir, y las conductas a adoptar por los responsables según las decisiones tomadas tanto por el donante como por el receptor.

Documentos modelo para: el estudio del donante, el certificado médico de salud física y mental¹⁹, el consentimiento informado del donante y del receptor, el modelo de solicitud al CAE, el modelo de respuesta del CAE, el protocolo y documento de solicitud para la entrevista con el Juez del Registro Civil.

2. Información completa al donante y al receptor²⁰

La información completa y veraz con el propósito de garantizar el libre consentimiento²¹ así como los cuidados que precisará el donante en el futuro, los beneficios para el receptor, los riesgos para el donante y posibilidades de éxito de la intervención, alternativas existentes para el receptor, repercusiones individuales, familiares y sociales²².

La información es necesaria para facilitar al receptor la oportunidad de aceptar o no la donación de vivo y para el donante para que tome su decisión de una forma *expresa, libre, consciente y desinteresada*.

El médico no puede informar condicionado por la esperanza de la aceptación y evitar el “*Conflicto de intereses*”: es decir la necesidad de dar salida a sus pacientes o el entusiasmo para hacer trasplantes no debe ser prioritario frente al interés del donante. Los intereses del donante, los del programa de trasplante y los del receptor pueden entrar en conflicto.

Sin embargo y por otro lado deberemos tener en cuenta algunos aspectos de la autonomía y la libre decisión del donante:

- *Derecho a donar*^{23, 24}: incluso cuando es posible la donación de cadáver ¿Ha de haber una protección paternalista por parte del equipo médico?
- *Libre de coacciones o presiones*²⁵: la familia podría decidir y obligar moralmente a quien considerara o eligiera, a quien debería ser el donante dentro del entorno familiar de acuerdo a las circunstancias internas de la propia familia y ello podría pasar inadvertido por su equipo médico.
- Que el donante *se niegue a recibir información*. Puede considerarse que en este caso que el consentimiento no sería autónomo y por tanto su aceptación como donante vivo, legalmente discutible.
- *Autonomía del donante*: ¿podría el donante altruista escoger a su receptor en caso de condicionar la donación a un miembro de grupos organizados como sectas u otros?
- *Decisión del receptor*: no todos están de acuerdo con la donación de vivo, aunque deban esperar más para la donación de cadáver.

3. El proceso de toma de decisión del donante y del receptor

Características del proceso de la toma de decisión de donación de vivo^{26, 27}.

La decisión libre de condicionamientos psíquicos o psicológicos²⁸ del donante hacia el receptor, está influida por una situación de enorme estrés, y las consecuencias de la decisión pueden tener graves consecuencias médicas legales y bioéticas.

No hay beneficio para el donante. Hay respeto por su autonomía, y beneficios psicológicos y morales en algunos casos:

- a. Deberíamos conocer si existe coacción física o psíquica, amenazas o presiones ¿Como asegurar la libre voluntariedad del donante?
- b. La amenaza moral también debe tenerse en cuenta, puesto que estos casos tienen la particularidad de que el donante se cree o siente libre en su deci-

sión y se siente culpable si no hace lo que los demás esperan de él. Es una de las peores coacciones que se pueden dar.

- c. Debemos saber si es capaz de comprender y evaluar la información y por tanto de que el donante sea capaz y competente, a través de un estudio psicológico completo.
- d. Decisión de no donar²⁹: la Ley protege al donante hasta el último momento en su decisión de no donar. Mayoritariamente se acepta que no debería trascender en el entorno del donante (87% de una encuesta hecha a médicos de Florida, según C. Loinaz³⁰ y dar una salida digna amparada en conceptos de problemas médicos o técnicos.

El *Consentimiento informado* escrito, que se elabora para este fin, es en el que se especifica de forma detallada la voluntad de donar de una forma libre, consciente y desinteresada, y la afirmación de haber recibido toda la información necesaria, y la especificación del tipo de información que se ha recibido.

4. Consideraciones en relación al grado de relación entre donante y receptor y precauciones para el cumplimiento de la Ley³¹⁻³³

Los tipos de relación donante receptor pueden ser:

- Emparentados:
 - Padres.
 - Hijos.
- Emocionalmente emparentados:
 - Parejas.
 - Amigos.
- Programa intercambio de parejas no compatibles.
- Programas emparejamiento en lista de espera.
- Altruista: “*el buen samaritano*”.
- Interesada con intercambio económico.
- Criminal: tráfico, asesinato.

Aunque la Ley española no define el grado de relación, en nuestro medio y hasta ahora podemos considerar que la relación de hijos a padres y en general de jóvenes a viejos, es poco frecuente.

¿Estaría éticamente justificada la donación de un órgano no vital en esta situación?

La donación mas frecuente se establece dentro del ámbito familiar y relacionado emocionalmente, entre personas de edad similar (hermanos, parejas) y de padres a hijos.

En resumen los vínculos pueden ser de parentesco, emocionales o no existentes. Los mejores resultados se obtienen con mayor compatibilidad HLA aunque los nuevos inmunosupresores y el perfeccionamiento de las técnicas tengan una importancia excepcional.

Los motivos del donante: El altruismo que persigue el bienestar del receptor es el motivo mas noble y fuera de toda duda moral. Los actos de generosidad por parte de desconocidos, aunque no imposibles son sospechosos. La sospecha de interés económico aumenta a medida que se aleja la relación entre donante y receptor.

El rechazo hacia el comercio de órganos del mundo occidental se fundamenta en la incompatibilidad entre el concepto de dignidad personal, y el que una parte del cuerpo sea objeto de venta³⁴.

5. Procedimiento, valoración y utilización del informe preceptivo del CAE: Comité Asistencial de Ético (CAE) del Hospital trasplantador³⁵

A pesar de todo lo expuesto el punto 2 del artículo 9 de la Ley implica al CAE del centro transplantador para que emita un informe preceptivo.

¿Qué tipo de comité es el CAE y qué tipo de vinculación establece el informe del CAE?

¿Qué significa preceptivo?

¿Quien solicita el informe y con qué tipo de documento?

¿De que debe informar el CAE y en qué formato?

¿Qué responsabilidad tiene como CAE en este proceso? ¿Y los componentes del CAE?

Las funciones propias de un CAE son, el análisis, y asesoramiento en la resolución de los conflictos éticos que se producen durante la práctica clínica, la educación y formación en bioética, y proponer a la institución los protocolos de actuación para las situaciones en los que surgen conflictos éticos.

El Comité no tiene capacidad ejecutiva alguna porque no puede tomar decisiones vinculantes.

La ley quiere que no se altere el consentimiento del donante y que este sea de forma expresa libre, consciente y desinteresada y de ahí el informe preceptivo del CAE.

El comité debe comprobar, resguardar y asegurar que el consentimiento del donante tiene las características antedichas.

¿Qué significa preceptivo?: solicitar, emitir, o el propio contenido del informe. En este último caso le conferiría carácter vinculante y no tiene esta propiedad³⁶. La opinión legal mas generalizada en el concepto *preceptivo* no es pues su contenido, sino que es la petición y emisión del informe (no vinculante) para que forme parte del expediente del proceso de TRV para ser consultado.

No le corresponde al comité la decisión de realizar o no el trasplante, ello le corresponde al responsable del mismo que ha de valorar la opinión del Comité y decidir lo que estime más conveniente.

El carácter multidisciplinar de los especialistas que componen el CAE tienen las responsabilidades morales y éticas personales como todos, al margen de las funciones atribuidas a un CAE. El diálogo, razonamiento y deliberación con los responsables del trasplante, implicarían deberes morales como personas en propio nombre si intuyeran cualquier trasgresión legal, moral ética en el proceso.

A veces el clínico ve mas el informe del CAE como un “visto bueno” para seguir adelante, que la importancia de la libre voluntariedad de la donación, todo

lo que ello implica y lo importante que es todo el proceso de información al receptor, selección de los posibles donantes, información de los resultados del proceso de selección, información al donante seleccionado, información sesgada o incompleta, madurez y capacidad del donante, presiones internas, familiares, coacciones sobretudo la morales, y manipulaciones etc.

La ley no dice quien debe solicitar ni quien debe leer el informe pero este se remite siempre a quien lo solicita, y al ser confidencial, solo lo leerá el solicitante, con lo que se deduciría que quien debe solicitarlo es quien finalmente es el encargado de decidir si hacer o no el trasplante.

El formato del documento no ha sido establecido por la Ley y cada comisión ha elegido normalmente un modelo estandarizado. En cuanto a sobre qué debe informar, el CAE no debe entrar en aspectos técnicos, a menos que determinados problemas técnicos conlleven conflictos morales. Por tanto debe utilizar los medios necesarios para proteger el libre consentimiento con todas las características especificadas.

El CAE debe tener previstas reuniones extraordinarias para los casos de donación de vivo.

6. Comprobación y constatación de la no maleficencia, de la voluntad expresa, libre y consciente y desinteresada del donante, de su atención médica, y de las diferentes circunstancias que pueden envolver un TDV incluyendo la posibilidad de compensación económica

Por la bibliografía recogida creemos que hay aspectos de la TDV que están todavía poco resueltos y deberíamos por ejemplo preguntarnos:

- ¿Está bien legislada la donación de vivo en la era actual?
- ¿Los donantes extranjeros y los no residentes tienen la cobertura sanitaria para asegurar su atención médica sin coste?
- ¿Están publicados todos los casos de morbi-mortalidad en donación de vivo?

- Donación de vivo en España: ¿bien controlado?
- La ausencia de intercambio económico.
 - ¿Cómo se comprueba?
 - ¿La sospecha debe frenar el proceso?
 - ¿Debe existir compensación?
 - Pérdida de ingresos.
 - Gastos de donación, extracción y trasplante: inmediatos y futuros: exploraciones médicas, manutención, transporte, vivienda. Seguros de vida y de salud...
 - ¿En qué forma?: Directa, subsidio estatal, Seguro de vida...
 - Dependencias psicológicas post-trasplante.
 - ¿Podemos controlarlo?
- Registros de donantes vivos.
 - Podemos exigir controles periódicos post trasplante al donante?
 - En caso negativo: ¿qué validez tiene el Registro?
- ¿Cómo controlar la publicidad dudosa en Internet?

Ratificación ante el Juez del Registro Civil. Decisión de seguir con la donación

El Reglamento en el mismo artículo 9 establece la necesidad del consentimiento escrito y ratificado delante del Juez del registro Civil, para proceder a la extracción del donante vivo, en presencia de: el médico ajeno a la unidad de trasplantes, del médico responsable del trasplante, y de la persona a quien corresponda dar la conformidad para la intervención, según figura en el documento de autorización del centro. Ante el Juez debe comparecer el donante el médico que ha dado la información, el responsable de autorizar la extracción, los cuales deberán junto con el Juez el documento que ratifica el consentimiento.

Deben pasar un mínimo de 24 horas entre la ratificación del consentimiento ante el juez del registro Civil y la extracción, y en este período de reflexión, el donante puede retirar su voluntad de donación hasta el último momento.

Aquí sigue siendo válido el proteger esta decisión en el entorno del donante.

CONSIDERACIONES FINALES:

De acuerdo con M. Morlans (22) estaríamos de acuerdo en que una sociedad que garantiza una cobertura universal financiada por impuestos tiene mayor legitimidad moral para regular cualquier materia política sanitaria, incluyendo la disponibilidad del propio cuerpo. A mayor cobertura, por coherencia, mayor legitimidad.

La existencia de programas de donante cadáver (TDC) efectivos refuerzan la autoridad colectiva para regular la donación de vivo.

Argumentos en favor y en contra del TRDV: El Gobierno australiano en su borrador sobre la decisión de la donación pone sobre la mesa los argumentos a favor y en contra de la donación (23) que colaboran y nos ayudan a describir este apartado.

- A favor:
 - Aumentará la calidad de vida del receptor.
 - Los riesgos potenciales del donante son menores que los beneficios del receptor. Gracias a avances de la técnica quirúrgica y a la inmunosupresión, la donación de vivo puede ofrecerse con garantías, ya que la morbi-mortalidad añadida es estadísticamente asumible según consenso internacional en el Foro de Ámsterdam de 2003³⁷.
 - El trasplante puede avanzarse en el tiempo.
 - La supervivencia es mas alta que la de cadáver.
 - El tiempo de isquemia es muy corto.
 - La donación de vivo es una buena experiencia para el donante y para el receptor.
 - El trasplante se hace en el mejor momento para el donante, el receptor y el equipo.
 - La calidad de vida, y la supervivencia del receptor son más altas en el trasplante renal.

– En contra:

- Hay riesgo de que haya rechazo o el órgano no funcione.
- El donante debe abandonar trabajo y obligaciones para someterse a estudio e intervención.
- Aunque se minimice, una intervención es un riesgo.
- El donante puede no estar contento de cómo el receptor trata su órgano
- El donante se puede sentir responsable del fracaso del injerto o de la muerte del receptor.
- La relación entre donante y receptor puede cambiar.
- El donante tendrá costos económicos: por dejar de ganar, por transporte y alojamiento.
- Puede haber otros caminos para ayudar a los demás.

El balance entre el riesgo del donante y el beneficio del receptor (22).

Este aspecto abandona ya los niveles “macro” de decisión (política sanitaria) para pasar a los “micro” que implican directamente a los centros hospitalarios y a los profesionales:

- Minimizar el riesgo quirúrgico del donante.
- Profesionales expertos.
- Supervivencias altas en los injertos y pacientes trasplantados.
- Resultados de excelencia.
- Evaluación continua de los programas de donante vivo.
- etc.

Consideraciones sobre la obligada gratuidad³⁸

En un mercado controlado, no habría posibilidad ni garantías de consentimiento libre e informado por parte del donante, aunque la venta de un órgano dependiendo del medio socio-cultural, no necesariamente supone una ofensa para la dignidad humana, pues la auto-degradación depende de si la persona lo valora como una acción auto-degradante.

De todas maneras la prohibición de venta de órganos incluso el modelo de mercado controlado viene justificada porque podría condicionar la explota-

ción de los pobres a favor de los más ricos, deterioro de la confianza por parte de la sociedad, y un peligro de explotación al no detectar la falta de voluntariedad.

En relación a que *no signifique ningún coste para el donante ni para el receptor*, tenemos para el receptor una protección dentro de nuestro sistema de seguridad social. Para el donante, tiene claramente cubierto la preparación, el estudio y los cuidados postoperatorios de la extracción, pero nos hacemos las siguientes preguntas:

¿Está bien resuelto lo que deja de ganar o pierde el donante en los costos personales y familiares de la donación?

¿Se cuenta con las consecuencias de una donación en el mundo laboral o en la compra de un Seguro médico o de Vida?

¿Está bien estudiada la atención post intervención de los extranjeros sin cobertura médica?

¿Estaría en contra la prohibición del comercio en el trasplante con la devolución de los costos?³⁹

¿La contestación o la solución aplicada en positivo, a alguna de estas preguntas harían borrosa la frontera entre el dar y el vender?

El coste para el receptor debe ser bien especificado, y moralmente obligatorio y es cuidar del órgano trasplantado, eludiendo los hábitos de riesgo y la toma de la medicación inmunosupresora, máxime en un sistema como el nuestro totalmente subvencionado dentro de la seguridad social.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Ley 30/1979 de 27 de octubre sobre extracción y trasplante de órganos.
- 2 Real Decreto 2070/1999 de 23 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.
- 3 Real Decreto 1 de marzo de 1996 sobre trasplante de tejidos.
- 4 "The capacity for organ generation of hospitals in Catalonia, Spain: a Multicenter Study". E. Espinel; R.Deulofeu; R. Sabater; M. Mañalich; P. Domingo; M. Rué. Transplantation Proceedings, vol. 21 nº 1 (February 1989); pp 1419-1421.
- 5 R.Deulofeu; J.Martorell; J.Lloveras; J.Andreu; L.Capdevila; JM.Griñó; R.Romero; R.Solá; A.Vila.
"Catalonia. 25 Years of Renal Transplantation. The success of a Regional Organization". Transpl. Proceedings, Vol 23, nº5, (october) 1991. pp: 2542.
- 6 "Organización actual de la Donación de Organos en España y Europa". Gastroent. y Hepatolog. nº 10, Dic. 1991.
- 7 R.Deulofeu and J.Beltrán "Organ Transplantation in Catalonia". Transpl. Proceedings. Vol.21,nº1 (February) 1992; pp:2-5.
- 8 E. Jané; R. Sabater; R. Deulofeu "Organización del trasplante de órganos". Todo Hospital/16.(31-35) Mayo de 1985.
- 9 R. Deulofeu "Infraestructura y Coordinación del trasplante cardíaco en España". 1987.; Rev. Esp. de Cardiología, 1987, 40 (Supl. II): 89-92.
- 10 R. Deulofeu; A. Cabré; A. Aymat; E. Pascual; J.C. Miralles. "The organisation of organ transplantation in Spain", 1989. Trasplante Organ and Tissues 1989; 1 (1), 23-24.
- 11 R. Deulofeu. "Organización de la obtención e intercambio de órganos en España" 1989. Gastroenterología y Hepatología, vol. 12, nº 4, 1989.
- 12 R. Deulofeu. "El Coordinador de Trasplante. Funciones y Perfil". Rol de enfermería nº 87 (75-77). 1985.
- 13 R.Deulofeu; JC Miralles; J.Busquets; M.Gonzalez; E.Belmonte and J.Beltrán "Non Renal Organ Sharing in Spain". The first 3-Year (1987 to 1990) experience". Transp. Proceedings Vol.23 nº5 (October) 1991. pp: 2667.
- 14 "Renal function in recipients of kidney allograft from elderly donors. A Multicenter study". R. Sabater; E. Espinel; P. Domingo; M. Mañalich; J.M. Griñó; A.M. Castela; M. Cuxart; C. Cabré and R. Deulofeu. Transplantation. Proceedings, vol. XX, nº 5 (october), 1988 (774-775).
- 15 GHODS, A.J.: "Renal transplantation in Iran". Nephrol. Dial Transplant, 17: 222, 2002.

- 16 Jon Elster y Nicolas Herpin. "La ética de las decisiones médicas". Ed Gedisa 2000 ISBN 84-7432-784-9.
- 17 THE AUTHORS FOR THE LIVE ORGAN DONOR CONSENSUS GROUP.: "Consensus Statement on the live organ donor". JAMA, 284: 2919, 2000.
- 18 Lenerling A et cols. 2003 Becoming living donor. Transplantation 76:1243.
- 19 Chacon et al. Psicología de la donación. Un enfoque comunitario. En Barriga, JM y Martinez MF (eds) Intervención psicosocial. El individuo y la comunidad agente de su propio bienestar (pp 117-166)1987. Barcelona: Hora.
- 20 M.E. Olbrisch, PhD and cols. Psychosocial Assessment of living Organ Donors: Clinical and Ethical Considerations. Prog Transplant 11(1):40-49, 2001 NATCO.
- 21 Milagros Perea, Jordi Vilardell y Marti Manyalich .Aspectos éticos y legales del trasplante renal de vivo. Gestión y coordinación del proceso de donación de vivo.. Arch Esp. Urol., 58, 6 (491-496), 2005.
- 22 Fellner, CH 1976/1977 Renal transplantation and the living donor: Decision and Consequences. Psychotherapy and Psychosomatics, 27, 139-143.
- 23 Borjida et al "Understanding living kidney donation: A behavioral Decision Making Perspective en S Spacapan y S.Oskamp (Eds), "Helping and being helped: Naturalistic studies (pp183-212) Newbury Park, CA: Sage.
- 24 Belen Rando Calvo, M. J Blanca y M. A frutos "La toma de decisión sobre donación de órganos en la sociedad andaluza. Psicotema 2002 Vol 14 nº 2 ;300-309. ISSN 0214-9915.
- 25 Diego Gracia. "Como arqueros al blanco. Estudios de bioética" COLECCIÓN humanidades médicas nº 11. ISBN 84-95840-13-8. 2004.
- 25 Caballer A. La actitud e intención de la donación de órganos en la población española: Análisis mediante regresión logística multinivel". Tesis doctoral 2001 Univ. Jaume I.
- 27 Gutmann Th and Land W. Ethics in Living Organ transplantation (1999) Langenbeck's Archives of Surgery, Overview Topics <http://trans.klinikum.uni-muenchen.de/ethics.htm>
- 28 Yoo et cols (1996) Attitudes and Psychological Characteristics of Kidney Donors Toward Organ Donation. Transplantation Proceedings, 28, 1932-1933. New England J Med 353;5. WWW.NEJM.ORG August 4.
- 29 Karrfelt, H.M.E. and cols (1998) To be and not to be a living donor. Transplantation, 65, 915-918.
- 30 Loinaz, C. Gomez R. Abradelo M. y cols "Trasplante hepático con donante vivo. Avances en trasplante de órganos abdominales" en C Jiménez, D.Riaño, E. Moreno y N. Labour (eds) Ed. Cuadecón, Madrid, 1997, pp 51-62.
- 31 Fellner, CH y Schwartz SH. (1971) Altruism in disrepute. The New England J. of Medicine 284, 582-585.

- 32 Gutmann,T y Land, W (1999) Ethics regarding living donors organ transplantation. *Langenbeck's Archives of surgery*, 384, 515-522.
- 33 Fellner,CH y Schwartz SH. (1971) Altruisme in disrepute. *The New England J. of Medicine* 284,582-585.
- 34 Australian Government. Making a decision about living organ and tissue donation. Consultation Draft august 2006.
- 35 Silvia Mejia Interpretación y explicación del artículo 9 del RD 2070/1999 en Koldo Martinez Urionabarrenetxea(ed) *Trasplante hepático de donante vivo* 2003; 33-40 .
- 36 Juan Carlos Alvarez. “Los fundamentos legales. Problemas practicos y éticos de su aplicación” en Koldo Martinez Urionabarrenetxea(ed) *Trasplante hepático de donante vivo* 2003; 33-40.
- 37 The consensus Statement of the Amsterdam Forum on the care of the live kidney donor. *Transplantation* 2004,78:491-492.
- 38 Troug R.D (2005) *The Ethics of Organ Donation by Living Donors*.
- 39 The President Council on Bioethics United States Government. Meeting January 2003: *Organ Transplantation: Ethical Dilemmas and Policy Choices: Organ Markets (Selling and Baying)Public Compensation (Paying and Providing)*.

LA PRÁCTICA DEL TRDV

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE

Dr. Manuel de los Reyes López
Instituto de Cardiología. Madrid. Ex-Presidente de la ABFyC

INTRODUCCIÓN

“Los trasplantes [hepáticos] de donante vivo son procesos clínicos (no sólo procedimientos técnicos) ética y legalmente aceptados en nuestro país, que pueden ser una posibilidad abierta para algunos pacientes que se encuentran en lista de espera para trasplante de cadáver.

Las leyes actualmente vigentes establecen los cauces suficientes para la regulación de estos procesos, y establecen las garantías necesarias para que el consentimiento informado del donante y receptor se realicen de forma expresa, libre, consciente y desinteresada.”

Con estas palabras se iniciaban las conclusiones del I Congreso sobre Bioética y Trasplante celebrado en Pamplona en noviembre de 2003, que fue editado al año siguiente por la cátedra Sánchez Mazas de la Universidad del País Vasco. Cabe preguntarse ahora si ambos asertos y sus respectivos contenidos son aplicables, en su totalidad o con matices, al caso que nos ocupa en este II Congreso sobre Bioética y Trasplante —el trasplante renal de donante vivo (DV)—, acontecido en octubre de 2006 en la misma ciudad.

Por lo antedicho, asumo una presunción no demasiado arriesgada: muchas o la mayoría de las personas interesadas en estos temas habrán leído lo que se expuso en la excelente monografía publicada hace tres años, y si no es así tienen la oportunidad de disponer de ella en la Web de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica [www.asociacionbioetica.com]. Por eso mismo, al ser ya conocidas y haber sido extensamente desarrolladas muchas de las consideraciones en relación con el ‘consentimiento del donante vivo’, procuraré paliar ciertas reiteraciones sobre los mismos asuntos; incluso, porque en esta nueva monografía también se dedican otras ponencias a abordar aspectos semejantes desde otras perspectivas y los solapamientos se antojan inevitables. Por eso —desde mi observatorio de médico preocupado por la bioética y como ciuda-

dano con visión responsable sobre cuestiones de salud, enfermedad y humanización del cuidado— me limitaré a destacar de modo sintético algunas modestas apreciaciones personales basadas en tres tipos de conocimiento: el teórico, de la normativa que lo regula y de la historia y acontecimientos de su desarrollo en España; el práctico, de la experiencia transmitida por diversos profesionales, amigos y expertos, ocupados específicamente de este ámbito asistencial; y el vivencial, tras haber compartido un suceso de transplante renal, conociendo al detalle los procesos de decisión tanto del donante vivo como del receptor.

TIPOS DE DONANTE VIVO

Un primer apunte consiste en clasificar los posibles tipos de donante vivo, con todas las limitaciones que pueda acarrear ese intento. Lo más razonable para hacerlo es considerar la relación de parentesco entre donante y receptor, si es que la hay y cuánto de próxima sea, hablando en sentido biológico o biográfico. Pero entender un proceso de donación de vivo requiere contemplar otros muchos aspectos o situaciones que, o bien se escapan a nuestro hábito de común bien hacer del sistema español (agrupado en la Organización Nacional de Trasplantes) o incluyen motivaciones de muy diverso jaez en otras latitudes y contextos sanitarios, sociales, económicos, políticos e incluso religiosos. En cualquiera de los casos, no serán objeto de nuestro análisis ni de enjuiciamiento. Con estas salvedades véase la Tabla 1, donde se ofrece una escala jerárquica de relación, de mayor a menor proximidad o proximidad, acerca de los tipos de donación de vivo [adaptada de: *Foro de Amsterdam*, 2004; y ‘El milagro de los trasplantes: de la donación de órganos a las células madre’; Matanzas R, 2006].

Tabla 1
Tipos de donación de vivo según la relación donante-receptor

Parentesco genético:
Gemelos univitelinos (idénticos)
Próximos (padres, hijos, hermanos, abuelos)
Lejanos (tíos, primos, sobrinos)
Vínculos conyugales (esposos) o relaciones de hecho (parejas estables)
Sin parentesco genético pero familiares (cuñados)

- Otras relaciones (de amistad, laborales, domésticas, de subordinación)
- Sin relación alguna (incluso con evidencia de incompatibilidad):
 - Altruista desconocido (‘excepción por compasión’)
 - Intercambios (cruces de parejas; cruces múltiples en lista de espera)
- Donación retribuida o compraventa (más allá de la compensación por gastos):
 - Regulada oficialmente (comercialización)
 - Sin control (obtención criminal y tráfico de órganos y tejidos)

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

El ‘Protocolo de Trasplantes del Consejo de Europa’, documento anexo al ‘Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina’ [Convenio de Bioética de Oviedo, 4 de abril de 1997, que en España es Ley desde 1 de enero de 2000], nos ofrece varias consideraciones generales respecto a los trasplantes de donante vivo:

1. Los procedimientos se deben llevar a cabo sólo con el ánimo de ofrecer un beneficio terapéutico al receptor y cuando no haya un procedimiento alternativo de eficacia comparable.
1. Recomienda que exista una relación apropiada y definida en la legislación nacional entre donante y receptor, o en su defecto que el procedimiento sea aprobado por un órgano independiente.
3. Recomienda que se informe adecuadamente al donante y que dicha persona dé su consentimiento de forma explícita y libre, bien por escrito o ante un organismo oficial.
4. Expone también que este consentimiento se debe poder revocar en cualquier momento.

Naturalmente todos estos requisitos genéricos, y otros mucho más concretos, están recogidos en la normativa española, que además ha sido pionera en esta materia y es referente para otros países:

5. Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.
6. Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.
7. Proyecto de Real Decreto por el que se establecen normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se regulan normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos (pendiente de aprobación parlamentaria, deroga y sustituirá al Real Decreto 411/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos).

Teniendo en cuenta este marco jurídico y, sobre todo, que “la ética acompaña al derecho como la sombra al cuerpo”, se pueden establecer tres *bloques de reflexión* con diversos problemas que hay que contemplar en el tema que nos ocupa: a) el primero es una premisa básica, establecer suficientes garantías para el donante vivo; b) el segundo es clave, verificar el proceso de información y selección de dicho donante vivo; c) y el tercero trata de reafirmar los dos previos, constatar la libre voluntariedad del donante vivo para el consentimiento.

A) Establecimiento de garantías para el donante vivo

[R.D. 2070/99, de 30 de diciembre (Artº 2; 4-8; y 9 íntegro)]

[Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Disposición adicional 2ª)]

Varias son las condiciones y los requisitos que deben cumplirse:

1. Demostrar y evaluar la capacidad del DV para otorgar el consentimiento [“*Mayor de edad, gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado.*”], si bien lo difícil es precisar en qué consiste la segunda aseveración y cómo se mide. Asimismo se resaltan las cualidades que debe reunir el citado consentimiento [“*...de forma expresa, libre, consciente y*

desinteresada.”], aún cuando sea necesario verificar de forma rigurosa el ejercicio libre –voluntario y sin que haya coacciones o presiones internas– y desinteresado de tal acción. También se destaca la obligación de contar con un certificado médico firmado por “*un médico distinto del o de los que vayan a efectuar la extracción o el trasplante*”, que acredite lo anterior, con el fin de asegurar la mayor imparcialidad posible. Llama la atención algo común a casi todos los equipos de trasplante, solicitar de un psiquiatra la certificación de la capacidad (de obrar de hecho, se entiende) del DV, sin que la norma exija que dicho especialista sea obligatorio que participe. Siguiendo esa línea de actuación, para otros procedimientos de similar o más alto riesgo quirúrgico que un trasplante también deberían solicitarse informes psiquiátricos, lo cual sería una desmesura en la práctica clínica.

2. Nivel de información adecuado a la decisión. Esto implica para el DV, poseer información suficiente de todo el proceso y específicamente de su intervención y, lo que es más importante, comprender dicha información. Por ello, se deberá facilitar una información muy detallada y pormenorizada sobre los siguientes puntos: los esperados “*beneficios para el receptor*”; los “*riesgos inherentes a la intervención*” y la experiencia del equipo quirúrgico; la insistencia en que el procedimiento tiene “*finalidad terapéutica*”, y que “*...se limitará a situaciones en las que puedan esperarse grandes posibilidades de éxito...*”; la posibilidad de revocar el consentimiento para la donación; la explicación de las pruebas de idoneidad que se le van a realizar y la veracidad en la comunicación de resultados; las “*consecuencias previsibles*” de su acto de donación y su esperada calidad de vida posterior.
3. Confidencialidad de la información. Asegurar la protección de la intimidad y la privacidad del DV es fundamental en una relación clínica basada en la confianza, pues se trata de preservar derechos de la personalidad. El anonimato es una condición factible sólo cuando no hay relación alguna entre donante y receptor, pero no así cuando el vínculo entre ambos es de proximidad.
4. Dependencia moral o física de la familia. Se tendrá cuidado en detectar la voluntariedad de la decisión del DV y que no existan coacciones o presiones externas. Especialmente esto último, cuando se den relaciones de amistad, laborales, domésticas, de subordinación y, más aún, en ausencia de

relación con el receptor y ante la sospecha de donación retribuida o compraventa del órgano.

5. Apoyo psicológico, social y laboral, sin discriminación ni gravamen. Desde el momento en que a una persona presuntamente sana se le convierte en paciente –porque de hecho así es, como una excepción al principio de no maleficencia, aunque por sí misma o por algunos no sea considerada como tal– hay que extremar hacia ella los cuidados y el apoyo. Esto quiere decir lo siguiente: reclamar para ella un trato humano de solidaridad y justicia compensatorias acorde con su decisión de DV. Pero no siempre es así, desgraciadamente, ya que a veces no se les reconoce la baja laboral o la incapacidad por enfermedad profesional, o son gravados económicamente o con falta de prestaciones al contratar seguros de vida, de asistencia médica o simplemente excluidos de préstamos bancarios. Esto es muy serio, porque al daño voluntariamente aceptado se añade cierta incompreensión social.

B) Verificación del proceso de información y selección del donante vivo

[R.D. 2070/99, de 30 de diciembre (Artº 2; 4; 5; 9.1c,2,3,4,5,7)]

[Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Disposición adicional 2ª)]

Aunque varios de los puntos siguientes ya han sido comentados y pueden quedar subsumidos en el apartado anterior, también conviene destacarlos ahora:

1. Los posibles donantes tendrán información veraz, exhaustiva, actual y precisa –transmitida en un lenguaje claro e inteligible– de los riesgos (mortalidad y morbilidad asociada), resultados y experiencia del equipo trasplantador, así como de las complicaciones (desechando del léxico un desafortunado e importado eufemismo: ‘resultados subóptimos’). Hay que garantizar que esto se lleva a cabo mediante una o varias entrevistas de carácter individual con el médico designado al efecto, planteándose dichos encuentros con gran sinceridad, empatía y la debida discreción para posibilitar las confidencias.

2. Podrá contrastar la información y deliberar su decisión final. Se le dará la oportunidad de contactar con otros donantes o con asociaciones de pacientes, para recabar más detalles o experiencias semejantes a la suya.
3. Tiene la posibilidad de revocar su consentimiento, sin que se le pueda exigir indemnización por ello. De ahí, que se establezca un periodo prudencial de tiempo entre el compromiso ante el juez de cesión de su órgano y la intervención quirúrgica [*“Entre la firma del documento... y la extracción... deberán transcurrir al menos 24 horas...”*].
4. El consentimiento [*“expreso”*] del DV [*“por escrito ante el juez”*] exime al médico de responsabilidad penal. De este tenor es el sentido y la interpretación del artículo 156 del Código Penal cuando matiza: *“...salvo que mediara vicio”*; es decir, error, violencia, amenaza, engaño, precio o recompensa, en cualquiera de las fases del proceso.

C) Constatación de la ‘libre voluntariedad’ del donante vivo

[R.D. 2070/99, de 30 de diciembre (Artº 2; 4; 7; 9.1acd,2,3,4,5)]

[Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Disposición adicional 2ª)]

Finalmente queda una tarea nada fácil, discernir y constatar si la decisión del DV es libre y voluntaria. Para ello, hay que hacer las siguientes consideraciones:

1. Desde una estricta perspectiva teórica y práctica resulta imposible garantizar la *“libre voluntariedad”*, incluso aunque se conociera con detalle todo el proceso de la donación.
2. Tampoco es posible asegurar de modo rotundo la inexistencia de coerción moral, chantaje o recompensa, sea por parte de las familias, del entorno próximo del donante o del receptor. Ante la sospecha fundada o corroborada de que *“...media condicionamiento económico o de otro tipo, social o psicológico”*, hay que ofrecer al DV una retirada digna y discreta del proceso de donación de su órgano; por ejemplo, facilitando su ‘rescate’ mediante un diagnóstico ficticio o una supuesta contraindicación leve y acaso transito-

ria, de tal manera que le evite sentimientos de culpa, remordimiento o miedo por su retractación.

3. El Comité de Ética Asistencial –cuyo “*informe preceptivo*”...“*será necesario*”– lo que podrá afirmar es “que no ha apreciado falta de voluntariedad en el donante ni evidencia de coacción o manipulación emocional, psicológica, social o física”, contribuyendo así a asesorar en la toma de decisiones.

APOSTILLAS PARA SEGUIR DELIBERANDO

Para finalizar, vamos a enunciar muy brevemente varios asuntos relacionados con el tema que nos ha ocupado y dejarlos como cuestiones pendientes, a sabiendas de que pueden ser objeto de análisis en otras aportaciones de esta monografía o en el futuro.

1. El ‘consentimiento informado del donante vivo’, con todas las consideraciones que ya se han mencionado, se enmarca en el contexto de las *relaciones sanitarias*, que van más allá de la mera *relación clínica*. Esto es así porque se dan varios tipos sucesivos de encuentro, aportando cada uno de ellos matices sugerentes, y acaso fuera de interés desbrozar algo más su marco respectivo y el papel de sus protagonistas:
 - Médico (“*distinto*”, la mayoría de las veces psiquiatra) - DV(sano).
 - DV(sano y capaz) - Comité de Ética Asistencial.
 - DV(capaz y libre voluntariedad) - Juez.
 - DV(sano, capaz y legalmente autorizado) - Equipo de trasplante.
 - DV (paciente intervenido) - Equipo de trasplante.
2. Hay que insistir en que el apoyo al DV-paciente no termina con su alta médica, pues debe hacerse un seguimiento clínico de su evolución ante eventuales complicaciones. La responsabilidad de ello incumbe a los respectivos equipos de trasplante, debiendo llevar un registro prospectivo la Organización Nacional de Trasplantes o su correspondiente delegación en la Comunidad Autónoma donde se efectuó; hacerlo es un deber institucional hacia el DV y acaso un signo de calidad.

En esa línea es muy interesante la experiencia de varios coordinadores de trasplante de conversar con el DV (personalmente o por teléfono), después de transcurrido un tiempo prudencial desde la donación, para recabar información sobre: su estado físico y anímico, la percepción subjetiva de la información que recibió y del riesgo asumido, la existencia o no de problemas laborales o económicos derivados de su decisión, la satisfacción por haberla tomado, y pedirle que detalle los sentimientos que alberga tras su acto.

3. Por principio general, la misión fundamental del médico es ser valedor de los derechos del paciente y estar al servio y cuidado de la persona (DV en este caso), además de ser prescriptor y utilizador de tecnología sanitaria. Pues bien, ¿cuál debe ser la tarea del médico en el proceso de donación y trasplante de DV?, ¿debe ser ‘abogado defensor’ del DV ante eventuales presiones morales, psicológicas, sociales o económicas del entorno del receptor?, ¿debe ser el ‘guardián de las esencias éticas’ propias o del Comité de Ética Asistencial?, e incluso, ¿debe o no indagar motivaciones íntimas –sentimientos, emociones, deseos, anhelos, creencias– del donante vivo?

Todas ellas son cuestiones delicadas, pero su reflexión no está de más, pues no olvidemos que el DV es un sujeto *vulnerable* [“*Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente*” (DRAE, 2001)]. El altruismo, la gratuidad, o la compasión del DV soportan una decisión y un acto supererogatorio, de ‘buen (o excelente) samaritano’, al que algunos no dudarían en calificar de ‘héroe moral’. Por que en pura realidad, el DV desea un bien ajeno, es decir, desea el beneficio ajeno y consecuentemente acepta un daño propio; por el contrario, el receptor acepta un bien ajeno, es decir, desea el beneficio propio y a la vez admite un daño ajeno. Este es, en síntesis, el meollo de un complejo mosaico de valores donde hay que dilucidar con finura y sensibilidad, rigor y criterios, empatía y alguna que otra barrera afectiva.

4. La última afirmación de la siguiente frase (respecto al DV) –“...*debiendo otorgar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada*”– no está exenta de polémica, por lo cual no se debiera dar por concluido el debate. ¿Qué se entiende por desinterés y hasta dónde puede alcanzar?, ¿hasta dónde puede llegarse en la compensación al donante vivo? Sin duda que la “*ausencia de gratificación al donante*” es la expresión

práctica de unos valores que impregnan y sustentan tanto la Ley 30/1979 como el RD 2070/1999, y que mantienen el alto nivel de calidad y transparencia de nuestra Organización Nacional de Trasplantes. Dichos valores son, entre otros: el altruismo, la solidaridad, la generosidad, la gratuidad, el afecto, la compasión, la confianza en los profesionales y las instituciones, y alguno más. ¿Cabe pensar que con similar espíritu, legisladores, políticos y gestores de la organización de trasplantes animan y exhortan al logro de estos mismos valores para todo tipo de donación? Y si se insiste en que así sea en el caso de órganos de vivo, ¿se ‘gratifica’ igual en otro tipo de donación, por ejemplo de semen u óvulos?

Con toda franqueza, y avanzando en la argumentación de puntos polémicos, es conocida la existencia de incentivos económicos a los profesionales sanitarios implicados en el proceso de donación y trasplante de órganos. Pues bien, ¿es sostenible éticamente esta condición remunerativa asimétrica de la relación clínica? Evidentemente los profesionales sanitarios son gestores de recursos y agentes de los sistemas sanitarios, lo que trae consigo inevitablemente *conflictos de interés* –llámese ‘lealtad dividida o compromiso dual’– que, de base, no prejuizo ilícitos ni deshonestos, por ejemplo: entre procurar el bienestar del paciente-DV aún a costa de producirle daño, basándose en una relación clínica de confianza, y el propio interés del médico, gratificado por su actuación con incentivos de productividad (del servicio asistencial, la institución sanitaria o la organización de trasplantes). Pero, si la ‘equidad’ y la ‘participación ciudadana’ son dos de los pilares que destaca la Ley de Cohesión y Calidad española, ¿se podría abonar la tesis de la gratificación del DV basándose en ciertos criterios de justicia? He ahí algo más que un dilema.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR DE TRASPLANTE DE DONANTE VIVO

Dr. Julio González-Cotorruelo Balbuena

Coordinador Autonómico de Cantabria

EL PRINCIPIO Y LA LEY

El consentimiento informado es una expresión de la autonomía de las personas que es uno de los principios básicos de la ética en biomedicina e implica que la persona elige libre y racionalmente y está regulado por la ley 41/2002 que establece el derecho a la información del paciente y exige que se le debe informar de la “finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias, de forma comprensible para que le ayude a tomar decisiones de acuerdo a su propia y libre voluntad (Ley de Autonomía del Paciente)”.

Dado que el trasplante renal conlleva una intervención quirúrgica, el consentimiento informado se debe recabar por escrito y todos los equipos de trasplante tienen elaborados un documento en el que se da la información suficiente sobre el trasplante y sus riesgos. Estos escritos son más o menos extensos con más o menos anejos pero en general bien hechos y con frecuencia sancionados por los Comités de Ética Asistencial. Sin embargo la ley exige que antes de que el paciente firme el documento el facultativo deberá informarle básicamente de:

Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

Los riesgos probables en condiciones normales.

Las contraindicaciones.

Cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario será el previo consentimiento por escrito.

La obtención del consentimiento informado no se debe convertir en una actuación burocrática de “léase esto y luego firme aquí”, y así liberarnos de una responsabilidad legal. Lo mas importante no es el obtener el consentimiento informado sino cómo hemos informado al paciente para que éste pueda asumir de manera autónoma una decisión al respecto.

EL TRASPLANTE RENAL COMO OPCIÓN TERAPEUTICA

El trasplante renal, hoy día, es la mejor opción terapéutica para el tratamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en fase terminal en diálisis o prediálisis ya que comparado con la diálisis, mejora su calidad de vida, tiene un menor coste económico y mayor supervivencia en todos los grupos de edad con similar morbilidad, de ahí que se acepte como el tratamiento de elección para estos pacientes. Un trasplante renal normofuncionante aporta una depuración mayor que cualquier método dialítico, normaliza el metabolismo óseo, el hematocrito y permite, incluso, que las mujeres puedan concebir y tener descendencia. Sin embargo, no es un tratamiento ideal ya que exige asumir el riesgo de una cirugía mayor, hacer tratamiento indefinido con fármacos que evitan el rechazo pero que en contrapartida aumentan la probabilidad de neoplasias, infecciones, diabetes y aumentan el riesgo cardiovascular, ya de por sí elevado en estos pacientes.

El trasplante además de no conseguir una recuperación total de la salud, tiene una duración limitada, la expectativa de duración de su función es de solo 14 de años para el trasplante de donante cadáver y de 17 años para el de donante vivo haploideéntico.

Además debido a la escasez de órganos no es posible trasplantar todos los pacientes que lo precisan y los que se trasplantan tienen que esperar largo tiempo para recibir un riñón de un donante cadáver.

Aunque España tiene la tasa de trasplante renal más elevada del mundo y en el 2005 se realizaron 2030 trasplantes renales (50.6 por millón de población), a comienzos del año 2006 había mas de 4000 pacientes esperando un injerto.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRASPLANTE RENAL

Indicaciones

En general, todo paciente con insuficiencia renal terminal que no presente complicaciones o patología graves asociadas que condicionen su supervivencia a corto plazo, y tenga juicio suficiente para entender y asumir la terapéutica, sería subsidiario de recibir un trasplante.

Contraindicaciones absolutas

Las contraindicaciones formales o absolutas para un trasplante renal son muy pocas y no generalmente aceptadas. No se suele incluir pacientes en lista de espera cuando su expectativa de vida es menor de dos años, cuando tienen antecedentes recientes de neoplasia, infección activa, patología psiquiátrica grave o drogodependencia.

Contraindicaciones relativas

La experiencia acumulada nos ha permitido conocer una serie de factores que influyen en la supervivencia del injerto y del paciente trasplantado; algunos tienen relación con su situación clínica en el momento del trasplante y es necesario identificarlos y corregirlos, si es posible, antes de la intervención.

Atendiendo a la información obtenida del estudio rutinario de valoración, se pueden plantear consideraciones especiales en cada paciente que pueden influir en la ponderación del riesgo-beneficio del trasplante y por lo tanto en la toma de decisión de trasplantarse.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA DEL TRASPLANTE

El trasplante aumenta la supervivencia del paciente en comparación con la diálisis. En 1999 Robert Wolfe comparó la supervivencia de los pacientes en diálisis en EEUU esperando un trasplante con los que ya habían sido trasplantados y observó que estos últimos tenían una mejor supervivencia y que este beneficio se observaba también para subgrupos de pacientes llamados de riesgo como de edad avanzada, diabéticos etc.

Debido a la escasez de órganos el trasplante no se indica a todos los pacientes que están en diálisis y sólo se aconseja esta terapéutica a aquellos con una expectativa de vida suficiente que les compense el asumir el riesgo inmediato de la intervención y demás complicaciones asociadas.

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que entran en tratamiento sustitutivo cada vez tienen mas edad y comorbilidad (mas del 50% tienen más de 65 años y el 30% son diabéticos) y es razonable que en una amplia mayoría sean excluidos de la oportunidad de trasplantarse. En España sólo entre un 20 y un 30% de los pacientes con insuficiencia renal crónica son seleccionados para entrar en lista de espera del trasplante, generalmente los mas jóvenes, con una media de edad de aproximadamente 50 años.

Existe muy poca información por parte de los grupos de trasplante renal, acerca de los motivos de descarte para trasplante de los pacientes con insuficiencia renal crónica tras los apropiados procesos de evaluación.

El Consejo de Europa ha hecho unas recomendaciones sobre el manejo de las listas de espera de trasplante de órganos y tiempos de espera en las que sugiere entre otras que los pacientes deben recibir información sobre su situación en lista de espera, e información anual sobre los criterios de inclusión en lista de espera, normas de asignación de órganos, flujos de pacientes y tiempos de espera.

EL PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación del candidato nos va a permitir identificar a aquellos pacientes que no tienen indicación de trasplante y reconocer aspectos en cada paciente que pueden influir en la toma de decisión del trasplante, tanto en el orden de realizarse como el de aumentar las expectativas de función del injerto por una mejor adecuación de la pareja donante-receptor y así optimizar el uso de un bien escaso como son los riñones donados.

El proceso de evaluación debe proveer la adecuada información y educación del candidato a trasplante que le permita la toma de decisión al respecto.

La información inicial es un paso critico en el proceso de evaluación ya que durante esta sesión al paciente se le debe instruir acerca de los riesgos y beneficios del trasplante y se deben identificar, si existen, las complicaciones para el trasplante que deban corregirse antes de completar el estudio para su inclusión, por ejemplo una enfermedad coronaria sintomática.

Es importante que en esta entrevista inicial se detecten, si existen, los riesgos inaceptables que deben excluir al paciente del trasplante y así evitar falsas expectativas y la realización de estudios que nada le van a aportar y que tienen un elevado coste económico como el tipaje HLA.

Si el candidato, una vez informado de los riesgos y beneficios del trasplante, sigue deseando trasplantarse y no hemos identificado barreras obvias, en esta primera entrevista se debe completar la evaluación de acuerdo con las guías que existen al respecto y haciéndolo de manera gradual y racional en el sentido que nuestro estudio nos permita identificar los candidatos que no van a poder recibir un trasplante tan pronto como sea posible por razones de eficiencia y para no prolongar estudios que no van a ser necesarios...

RESULTADOS SEGÚN EL TIPO DE DONANTE

El candidato necesitará decidir no sólo si quiere recibir un trasplante sino también si aceptaría un riñón de un donante vivo, si tiene esta opción, inclusive el potencial receptor de un trasplante de donante cadáver tendrán que decidir si

están dispuestos a aceptar un riñón procedente de un donante “marginal”; por lo tanto el receptor del trasplante renal juega un importante papel en la decisión sobre el tipo de donante.

Es importante para el paciente el comprender adecuadamente los riesgos y beneficios asociados al trasplante renal según sea el tipo de donante, para poder decidir si está dispuesto a aceptar la donación de vivo o asume el de cadáver porque quiere evitar la incomodidad de la nefrectomía o la exposición al pequeño riesgo que entraña la donación a la persona que le quiere donar un riñón. En algunos casos el receptor prefiere asumir el tiempo de espera de un donante cadáver, antes que aceptar un riñón de un ser querido.

Está comprobado que el mejor resultado posible con donante vivo es entre hermanos HLA idénticos, es decir, que comparten dos haplotipos HLA. La supervivencia de los trasplantes entre hermanos que comparten uno o cero haplotipos es similar y aunque no es tan buena como entre hermanos HLA idénticos es mejor que con los trasplantes de donante fallecido. Los resultados obtenidos con donante vivo no genéticamente emparentado como esposos son también mejores que los de cadáver y tan buenos como los genéticamente relacionados no HLA idénticos.

Debido a la necesidad de órganos para trasplante se han expandido los criterios de aceptación de donantes. El uso de estos riñones de donantes con criterios de aceptación ampliados, tales como donantes de más de 60 años, donantes en asistolia, con hipertensión, ligera alteración de la función renal, dobles trasplantes para optimizar la masa nefrónica con riñones de donantes añosos con función reducida, riñones en bloque de donantes pediátricos en adultos, donantes Virus C positivos, confiere un riesgo mayor en el trasplante que el donante denominado estándar ya que tienen una mayor incidencia de función retrasada del injerto, menos supervivencia del injerto comparado con los riñones extraídos de los donantes que no tienen esas características pero con resultados aceptables y con mayor supervivencia que los que permanecen en diálisis.

La ventaja de aceptar un donante marginal es que le puede permitir esperar menos tiempo en lista de espera porque hay mayor oportunidad para este tipo de donantes y ello les evitará la potencial morbimortalidad asociada a la diálisis.

lisis. El candidato a trasplante debe ser informado de si estaría dispuesto a recibir un órgano de uno de estos donantes. Este planteamiento se debe realizar a aquellos pacientes que se pueden beneficiar en mayor medida de estos riñones como son los receptores mayores de 60 años, pacientes diabéticos mayores de 40 años y pacientes con cierta urgencia en el trasplante por problemas de acceso vascular o por mala adaptación a la diálisis.

TIEMPOS DE ESPERA

El factor fundamental que limita los trasplantes es la escasez de órganos y aunque España tiene la tasa más alta de donación del mundo, los pacientes esperan de media entre dos y tres años para recibir un trasplante renal de donante cadáver, aunque existen diferencias marcadas entre los distintos Servicios de Salud e inclusive entre los distintos programas de trasplante renal dentro de un mismo Servicio de Salud. Los tiempos de espera están condicionados por las características de los pacientes por ejemplo los sensibilizados y los jóvenes dentro de un programa de trasplante esperan más porque aunque se le dé preferencia es más difícil encontrar un órgano válido para ellos.

Cada programa de trasplante renal debe hacer público cada año los tiempos de espera según las características de los pacientes siguiendo las recomendaciones del Consejo de Europa al respecto.

TRASPLANTE PREDIALISIS

Los pacientes trasplantados tienen una tasa de mortalidad más alta que la población de su misma edad, en parte por su situación clínica previa al trasplante, así como la presencia de diabetes y de factores de riesgo cardiovascular que se han ido agravando durante el tiempo que han tenido que estar en diálisis esperando el trasplante y diversos autores han observado que este tiempo en diálisis pre-trasplante está asociado significativamente a la supervivencia del injerto y del paciente postrasplante, por ello es aconsejable trasplantarlos cuanto antes o incluso prediálisis. Este tipo de trasplante se puede plantear tanto con donante vivo como fallecido aunque como es obvio son muy pocas las posibilidades de recibir un riñón de cadáver antes de entrar en diálisis dado los tiempos de espera

pero siempre que el trasplante sea de donante vivo se debe hacer prediálisis. El trasplante prediálisis requiere una planificación avanzada y una atención especial a la progresión de la insuficiencia renal que no es nada fácil, debido a la escasa coordinación entre los especialistas que suelen pensar primero en la diálisis y posteriormente en el trasplante, sin embargo en el 2005 en España el 1% de los pacientes nuevos con IRC que entraron en tratamiento sustitutivo lo hicieron con trasplante, sin diálisis previa.

RIESGOS Y BENEFICIOS PARA EL RECEPTOR DEL TRASPLANTE DE DONANTE VIVO

El trasplante renal de donante vivo tiene hoy día plena vigencia porque es la mejor opción terapéutica para la insuficiencia renal crónica en estadio terminal. Decía al principio que aún siendo el trasplante de cadáver mejor que la diálisis no es un tratamiento ideal, sin embargo el trasplante de donante vivo entre hermanos con los antígenos de histocompatibilidad HLA idénticos se acerca mucho a la terapéutica ideal ya, que tiene una expectativa de funcionamiento prácticamente indefinida con el mínimo tratamiento inmunosupresor, pero también con los demás trasplantes de vivo con menor número de identidades e inclusive entre donantes y receptores no emparentados, como los trasplantes realizados entre parejas, se obtienen mejores resultados que con los de donante cadáver.

Los adultos jóvenes y los niños podrían ser los más beneficiados con la donación de vivo, porque el trasplante de cadáver exige que estos pacientes sean trasplantados varias veces a lo largo de su vida y cuanto mejor sea el injerto y mas probabilidad de sobrevida tenga menos trasplantes necesitara. El trasplante de donante vivo se puede realizar antes de que el paciente entre en diálisis, lo que además de disminuir las complicaciones de la enfermedad urémica nos permite obtener mejores resultados y se consigue una mejor adaptación psicológica a la enfermedad por parte del paciente ya que no le afectaría en sus oportunidades laborales o en pacientes jóvenes no afectaría a su formación escolar o universitaria.

En cuanto a los riesgos se le deberá informar de los observados en su evaluación y de los riesgos que va a asumir su donante con la cirugía.

PROCESO DE ESTUDIO DEL DONANTE VIVO DE RIÑÓN

Dr. Lluís Guirado

Coordinador Nefrológico del Programa de Donante Vivo. Fundació Puigvert. Barcelona

El proceso de estudio del donante vivo de riñón es una tema laborioso en el que el conjunto de médicos y especialistas que van a realizarlo debe intervenir de forma coordinada para efectuar una valoración que dictamine cuál es el candidato más idóneo para la donación de vivo, en caso de existir más de uno, y si dicho candidato reúne las características que marca la buena praxis y la Ley en caso de donación de vivo.

LA DONACIÓN IDEAL

A nuestro criterio, el trasplante renal ideal cumple con las siguientes características:

- 1- Se realiza de forma anticipada.
 - a- Aclaramiento de creatinina entre 10-20 cc/min.
 - b- No se ha realizado acceso vascular (fístula arterio-venosa o catéter).
 - c- No inicio de tratamiento sustitutivo (antes de iniciar diálisis).
 - d- Obtendremos con ello mejor supervivencia de paciente e injerto.
 - e- Ocasiona ventajas psicológicas al receptor y al donante.
- 2- Cuanto antes mejor si el paciente ya está en diálisis.

Para poder realizar el trasplante de forma anticipada, el equipo nefrológico que sigue al paciente durante la etapa de insuficiencia renal crónica debe facilitarle información de forma gradual y progresiva que contemple la posibilidad de una donación de vivo, a ser posible antes de iniciar diálisis. Si el equipo nefrológico no facilita dicha información, es posible que no se realicen muchos trasplantes anticipados por desconocimiento por parte de los pacientes de dicha posibilidad.

En aquellos casos en que no sea posible la donación de vivo, los pacientes deberán pasar por diálisis y, posteriormente si procede, acceder al trasplante renal de donante cadáver.

Tanto en uno como en otro caso, el proceso de estudio de donante y receptor es complejo. El objetivo de este capítulo va a ser la descripción detallada del estudio del donante vivo de riñón.

Proposición de la donación de vivo

El paciente con insuficiencia renal crónica terminal debe conocer la posibilidad de la donación de vivo, especialmente con las ventajas que ésta reporta si se realiza antes del inicio de diálisis. El nefrólogo a cargo debe informarle con mucho tacto de dicha posibilidad ya que, generalmente, el paciente viene acompañado de un familiar potencialmente donante. Por dicho motivo, la información debe ser suministrada para que exista y, al mismo tiempo, no se inicie una coerción dirigida al potencial donante. Difícil equilibrio que se logra, en cada caso, de una manera distinta. En nuestra experiencia explicamos al paciente que la donación puede ser de vivo o de cadáver y comentamos aspectos comunes a ambas formas. Si el paciente viene solo, no hay ningún problema en preguntar acerca de familiares próximos que puedan realizar la donación. Es el tipo de entrevista más claro. Si el paciente viene acompañado y el familiar está realmente interesado en la donación vivo, inmediatamente preguntará por detalles acerca de la misma. Cuando esto no se produce en la primera entrevista, generalmente traduce miedo importante o falta de motivación hacia la donación. La tarea del nefrólogo va a ser la de detectar la existencia o no de esta voluntad de donar e intentar no forzar la donación ni un conflicto familiar.

Condiciones para que se acepte la donación de vivo

Independientemente de toda la batería de exámenes que van a recibir donante y receptor, la donación de vivo debe cumplir como marca la Ley, tres condiciones principales: Ser consciente, libre y desinteresada.

Información de la donación de vivo

El proceso de información es largo, ya que abarca numerosos aspectos. Generalment requiere más de una entrevista para que todos los puntos queden claros a donante y receptor. Entre los aspectos que deben ser comentados destacamos los siguientes:

1. Ventajas que aporta la donación de vivo a la de cadáver.
2. Riesgos de mortalidad y morbilidad que pueden tener donante y receptor.
3. Posibilidades estadísticas de éxito del proceso. Posible fracaso del mismo.
4. Tipo de técnica quirúrgica que se va a utilizar en la donación y en el trasplante.
5. Estancia hospitalaria media de donante y receptor.
6. Detalle de todas las pruebas a que van a ser sometidos donante y receptor.
7. El donante debe ser consciente de que va a necesitar seguimiento nefrológico durante toda su vida al igual que el receptor.
8. Explicación detallada de por qué se prefiere uno u otro miembro de la familia como donante.

Una vez suministrada la información necesaria y haber contestado las preguntas formuladas, se inicia la fase de tanteo frente a un potencial donante. En esta fase se intenta confirmar o descartar rápidamente el potencial que tiene como donante o no un determinado familiar. Es decir, se pretende no iniciar estudios costosos y molestos a donantes que tienen de entrada claras contraindicaciones a la donación. Para ello:

1. Hay que asegurarse que existe compatibilidad de grupo sanguíneo entre donante y receptor.
2. Realizar una completa historia clínica del donante, intentando descartar contraindicaciones absolutas o relativas frente a la donación.

3. Exploración física del donante. Determinación de constantes vitales y de índice de masa corporal.
4. Estudio de hábitos tóxicos del donante.
5. Si lo anterior es correcto, procedemos a realizar el tipaje HLA y la prueba cruzada o cross-match, la cual mezcla suero del receptor con linfocitos del donante. Si los linfocitos no se destruyen, el cross-match se considera negativo y el trasplante puede realizarse. Si los linfocitos se destruyen por anticuerpos preformados en el donante, la prueba se considera positiva y el trasplante se desaconseja.
6. Una vez comprobada la idoneidad del donante por historia clínica, exploración física, motivación inicial clara y cross-match negativo, se completa el resto de exploraciones.
7. Estudios de laboratorio:
 - Hemograma completo.
 - Estudio de hemostasia.
 - Función renal.
 - Aclaramiento de creatinina (>80 cc/min).
 - Función hepática.
 - Glicemia. Hb glicosilada.
 - Ionograma completo.
 - Uricemia.
 - Perfil lipídico.
 - Proteinograma.
 - PSA.
 - Proteinuria de 24 horas.
 - Microalbuminuria.
 - Sedimento de orina y urocultivo.
8. Determinación del aclaramiento de creatinina (orina de 24 horas y métodos isotópicos). Se intenta que no sea inferior a 80 cc/min al objeto de que el donante conserve una función renal residual suficiente para afrontar el resto de su vida sin problemas.

9. Marcadores de enfermedades infecciosas (HbsAg, HCV, HIV, CMV, EBV, Toxoplasmosis). Pruebas destinadas a evitar la transmisión de enfermedades infecciosas por parte del donante al receptor.
10. Electrocardiograma. Destinado a confirmar la salud del donante desde el punto de vista cardiológico y su bajo riesgo frente a una intervención quirúrgica.
11. Rx de tórax. Para descartar patología cardiopulmonar, existencia de tumores, etc.
12. Rx de abdomen. Especialmente para detectar calcificaciones vasculares que traduzcan patología vascular ateromatosa en el donante.
13. Ecografía abdominal.
 - Morfología y tamaño de ambos riñones.
 - Detección de tumores y litiasis.
 - Formaciones quísticas.
14. Urografía intravenosa.
 - Comparación funcional de ambos riñones.
 - Detección de tumores, especialmente de vía urinaria.
 - Obstrucción vía urinaria.
15. Estudio vascular renal (Angio-TAC, Angio-RNM, Arteriografía). Se utiliza para saber con antelación a la intervención quirúrgica, cuantas arterias tiene el donante en cada riñón. Ello se hace tanto para detectar cuál es el riñón quirúrgicamente más accesible como para encontrar pequeñas arterias polares que podrían ser seccionadas por descuido durante la intervención quirúrgica.
16. Renograma isotópico. El renograma es una prueba funcional renal que se utiliza para comparar el porcentaje con que cada riñón del donante contribuye al total de la función renal total. Se aconseja extraer el riñón con menor grado de función renal cuando hay una cierta diferencia entre ambos. No deben admitirse para donación aquellos riñones que exhiben en el renograma isotópico una diferencia porcentual entre ambos riñones superior a la proporción 60/40 %, ya que no debería permitirse que el do-

nante se quedara con un riñón inferior al 40% ni esta masa renal sería la adecuada para ser implantada a un receptor.

17. Visitas de distintos especialistas.

a. Visita urológica.

- 1 Exploración física del paciente.
- 2 Revisión de la analítica y de la radiología.
- 3 Selección del riñón a nefrectomizar.
- 4 Información del riesgo quirúrgico y del de la monorrenia.
- 5 Información de la técnica quirúrgica seleccionada.
- 6 Posibilidad de cambio de técnica quirúrgica.
- 7 Posibilidad de fracaso del trasplante.
- 8 Información del postoperatorio y la rehabilitación física.

b. Visita anestesiológica.

- 1 Exploración física del paciente.
- 2 Valoración de la dificultad de intubación.
- 3 Revisión de la analítica y de la radiología.
- 4 Clasificación del riesgo quirúrgico.
- 5 Solicitud de otras exploraciones si procede.

c. Visita cardiológica.

- 1 Exploración física del paciente.
- 2 Revisión de la analítica, del ECG y de la radiología.
- 3 Clasificación del riesgo quirúrgico.
- 4 Solicitud de otras exploraciones si procede.
- 5 Ecocardiografía.
- 6 Prueba de esfuerzo.
- 7 Holter...

d. Visita ginecológica.

- 1 Exploración física de la paciente.
- 2 Estudio citológico.
- 3 Mamografía.

e. Visita psiquiátrica.

- 1 Entrevista con el donante.

- 2 Expedición de un certificado de salud mental y plena posesión de facultades mentales para tomar una decisión.

f. Visita psicológica.

- 1 Entrevista con el donante.
- 2 Estudio de la personalidad.
- 3 Estudio de la inteligencia.
- 4 Consejos para mejorar la evolución del procedimiento.
- 5 Expedición de un informe favorable o no a la donación.

g. Visita especialista no vinculado al programa de trasplante. Recibe los informes de los anteriores especialistas y todos los resultados de las pruebas practicadas al donante. Expide un certificado de salud del donante en el que consta:

- 1 El donante está sano física y psíquicamente.
- 2 La donación es voluntaria y no existen indicios de coacción.
- 3 El donante ha sido informado de todos los riesgos derivados de la donación y de sus consecuencias.

18. Informe del Comité de Ética del Hospital en el que conste su visto bueno al proceso de la donación.

19. Registro Civil. Firma del documento de cesión del órgano con la aprobación en el acta de distintas personas.

- a. Donante.
- b. Cirujano extractor e implantador.
- c. Médico responsable del centro.
- d. Médico que certifica la salud del donante.
- e. Autorización judicial (Juez del Registro Civil y Secretario judicial).

Con esta firma de cesión del órgano se da por finalizado el estudio del donante, no quedando más que la realización de las dos cirugías (extracción y trasplante), punto final de este largo proceso.

TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO: INDICACIONES Y CRITERIOS

Federico Oppenheimer

Nefrólogo. Jefe de la Unidad de Trasplante Renal. Hospital Clinic. Barcelona

Desde que en 1954 tuviera lugar en el hospital Brigham de Boston el que se considera el primer trasplante renal de donante vivo con éxito (tras diversos intentos fallidos, tanto en Europa como en USA), los resultados de los trasplantes de órganos han experimentado una extraordinaria mejoría, gracias a los avances en el terreno de la inmunología, inmunosupresión, preservación de órganos y muchos otros. Actualmente ofrecen tasas de supervivencia excelentes, impensables hace solo unos pocos años. A lo largo de este tiempo, los programas de trasplante renal de donante cadáver y de donante vivo han ido avanzando paralelamente, aunque no de forma simétrica. Dependiendo de diversas circunstancias geográficas, económicas, religiosas o culturales, el trasplante de donante cadáver ha predominado sobre el de vivo, o viceversa. Como es bien sabido, en España los trasplantes de donante cadáver predominan de forma casi absoluta, debido esencialmente a las excelentes tasas de donación conseguidas. Los programas de trasplante de donante vivo son muy poco activos y también son escasos los centros que los vienen realizando (menos del 3% de la actividad anual de trasplante corresponde a donantes vivos), pero esta situación podría cambiar a corto plazo, dada la necesidad de obtener más órganos para satisfacer de forma adecuada la demanda ⁽¹⁾.

¿ESTÁ JUSTIFICADO EL TRASPLANTE DE RENAL DE DONANTE VIVO EN ESPAÑA?

La demanda de órganos excede la oferta, especialmente cuando el receptor es una persona joven. La avanzada edad de muchos donantes cadáver dificulta el acceso al trasplante de los pacientes jóvenes. También lo dificultan los trasplantes multiorgánicos (en especial el trasplante de páncreas-riñón a pacientes diabéticos) que requieren que los donantes sean jóvenes. Los criterios de

(1) Valentin M, Martin EE, de la RG, Garrido G, Miranda B, Matesanz R. Actividad de donación y trasplante renal y pancreático en España 2005. Nefrología 2006; 26(3):318-324.

urgencia clínica que se aplican en la asignación de páncreas-riñón a los receptores diabéticos están absolutamente justificados, pero no por ello dejan de contribuir a la reducción de las probabilidades de obtener un órgano idóneo del resto de receptores jóvenes⁽²⁾.

¿CUÁNDO ESTÁ INDICADO UN TRASPLANTE DE DONANTE VIVO?

Las condiciones que deben darse para indicar este tipo de trasplante aparecen en la tabla 1. En primer lugar y como es obvio, el paciente debe estar en situación de insuficiencia renal crónica avanzada (aunque no es preciso que haya iniciado tratamiento con diálisis) y gozar de un estado de salud lo suficientemente bueno que permita establecer un buen pronóstico de vida⁽³⁾. Si la nefropatía original se caracteriza por un alto riesgo de recurrencia después del trasplante, se desaconseja utilizar donantes vivos, pues el riesgo es todavía mayor^(4;5). La compatibilidad inmunológica entre donante y receptor debe ser la adecuada que permita reducir de forma razonable una posible pérdida precoz del injerto por rechazo agudo. Si el paciente tiene antecedentes de mal cumplimiento del tratamiento (sucede muy frecuentemente en receptores adolescentes), deberá desaconsejarse el trasplante de vivo, puesto que la toma irregular o el abandono del tratamiento inmunosupresor conducen a la pérdida inmunológica del injerto⁽⁶⁾.

En términos estrictamente clínicos, la indicación del trasplante renal de donante vivo hay que entenderla no solo como una alternativa más en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, sino como la opción terapéutica que se caracteriza por ofrecer los mejores resultados de supervivencia⁽⁷⁾. Tradicionalmente se ha considerado la donación de vivo como una opción de segunda línea, utilizable cuando el paciente, pasado un tiempo “razonable” en lista de espera de cadáver, no ha tenido éxito. Durante muchos años esta ha sido la actitud mayoritaria de los nefrólogos para indicar el trasplante de vivo. Otros

(2) Matesanz R. La necesaria coordinación del trasplante de páncreas, islotes y riñón en España. *Nefrología* 2005; 25(1):1-8.

(3) Felipe C, Oppenheimer F, Plaza JJ. Trasplante renal de donante vivo: una opción terapéutica real. *Nefrología* 2000; 20(1):8-21.

(4) Karakayali FY, Ozdemir H, Kivrakdal S, Colak T, Emiroglu R, Haberal M. Recurrent glomerular diseases after renal transplantation. *Transplant Proc* 2006; 38(2):470-472.

(5) Baum MA. Outcomes after renal transplantation for FSGS in children. *Pediatr Transplant* 2004; 8(4):329-333.

(6) Smith JM, Ho PL, McDonald RA. Renal transplant outcomes in adolescents: a report of the North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study. *Pediatr Transplant* 2002; 6(6):493-499.

(7) Fehrman-Ekholm I. Living donor kidney transplantation. *Transplant Proc* 2006; 38(8):2637-2641.

nefrólogos ni tan siquiera contemplan (o contemplaban hasta hace poco tiempo) esta posibilidad⁽⁸⁾. No obstante, una encuesta reciente demuestra que esta actitud ha ido cambiando hacia posiciones más favorables a la donación de vivo⁽⁹⁾.

¿CÓMO Y CUÁNDO DEBERÍA PLANTEARSE LA PROPUESTA DE DONACIÓN?

Al tratarse de una alternativa más, la opción del trasplante de donante vivo debe plantearse de forma sistemática a todos los pacientes que puedan beneficiarse del mismo. El nefrólogo debe asegurarse de que el paciente y su familia tienen conocimiento de esta posibilidad. Tal vez el procedimiento más correcto sería incluirlo en el conjunto de información que suministrada al paciente en la etapa de pre-diálisis. De forma complementaria, la edición y distribución de folletos informativos o la presencia de carteles alusivos a la donación de vivo en los consultorios de Nefrología podrían contribuir a difundir esta alternativa sin ejercer coacción sobre los familiares del donante. Igualmente útil sería la labor de difusión a través de los medios de comunicación.

Es importante señalar que todavía hoy muchos familiares de pacientes con insuficiencia renal crónica desconocen esta alternativa terapéutica o reciben información inexacta o tardía⁽⁹⁾.

BENEFICIOS ADICIONALES DEL TRASPLANTE DE DONANTE VIVO

Además de la mejor supervivencia del injerto a largo plazo, la posibilidad de realizar el trasplante en la etapa de pre-diálisis tiene una influencia positiva en varios aspectos, como la menor morbilidad asociada a la diálisis, mejor disposición psicológica del paciente, menor problemática para seguir manteniendo el ritmo de trabajo o escolarización, ahorro de costes asociados a la diálisis etc.

(8) Arias M, Felipe C. Trasplante renal de donante vivo: encuesta de opinión de los nefrólogos españoles. *Nefrología* 1995; 15(6):523-528.

(9) Alvarez M, Martín E, García A, Miranda B, Oppenheimer F, Arias M. Encuesta de opinión sobre la donación de vivo renal. *Nefrología* 2005; 25 Suppl 2:57-61.

Además, existen otros posibles beneficios que habitualmente no se tienen en cuenta, relacionados con el trasplante a pacientes con diversos factores de riesgo en los que el trasplante de donante vivo puede mejorar las probabilidades de éxito:

- Riesgo inmunológico: permite realizar la evaluación inmunológica de forma más precisa e iniciar el tratamiento inmunosupresor anticipadamente. Posibilidad de seleccionar como donante un hermano HLA-idéntico.

Riesgo clínico: la donación de vivo permite iniciar de forma anticipada la prevención o tratamiento de diversos factores de riesgo clínico, en especial los asociados a síndromes de hipercoagulabilidad. También permiten asegurar la máxima exquisitez quirúrgica, puesto que al ser una cirugía programada va a permitir seleccionar a los mejores cirujanos. Otro factor diferencial importante es la escasa incidencia de función renal retardada, complicación que incrementa el riesgo de complicaciones post-trasplante.

- Retrasplante anticipado: la posibilidad de practicar un retrasplante sin suspender el tratamiento inmunosupresor evita la sensibilización anti-HLA tan característica de los pacientes trasplantados que vuelven a diálisis, especialmente si la intolerancia inmunológica del injerto tras la retirada de la inmunosupresión obliga a practicar trasplantectomía. Además, evita la alta morbilidad asociada a la vuelta a diálisis ⁽¹⁰⁾.

VALORACIÓN DE LOS CANDIDATOS A DONACIÓN RENAL

El procedimiento de selección y evaluación del donante debe seguir un orden lógico y debe realizarse de forma ágil, evitando visitas reiteradas o demoras excesivas.

El objetivo de dicha valoración es seleccionar al donante idóneo desde el punto de vista inmunológico, clínico y social. El donante debe gozar de un estado de salud excelente, carecer de contraindicaciones médicas para la donación ni anomalías anatómicas que pongan en riesgo la eficacia del procedimiento de

(10) Gill JS, Abichandani R, Kausz AT, Pereira B. Mortality after kidney transplant failure: the impact of non-immunologic factors. *Kidney Int* 2002; 62(5):1875-1883.

extracción o implante. El médico evaluador deberá asegurarse de que el donante ha comprendido los riesgos / beneficios de su acto y de que no existe conflicto ético o legal. También deberá asegurarse de que el receptor no presenta incompatibilidad inmunológica y su situación clínica es lo suficientemente buena para estimar que los resultados del trasplante serán razonablemente buenos.

LIMITACIONES A LA DONACIÓN DE VIVO

La falta de motivación real del donante constituye obviamente una contraindicación a la donación. Esta falta de motivación no siempre es perceptible por el nefrólogo, por lo cual es fundamental la evaluación psicológica de los donantes potenciales.

En numerosas ocasiones, la evaluación clínica del donante detecta diversas alteraciones médicas hasta entonces no conocidas que contraindican la donación. Cuando las alteraciones detectadas son mínimas debe evaluarse con objetividad el riesgo/beneficio de seguir adelante con la donación. Se trata por ejemplo de la presencia de hematuria aislada, indicios de proteinuria, hipertensión arterial leve, litiasis urinaria o filtrado glomerular en el límite bajo. La aceptación de donantes con una anormalidad única y mínima (**isolated medical abnormalities**) no constituiría de antemano contraindicación médica absoluta según el foro de expertos reunido en Ámsterdam para desarrollar un documento de consenso en relación a los criterios de evaluación y cuidados del donante renal ⁽¹¹⁾.

Un cuidado especial debe aplicarse en las situaciones en las que donante y receptor son hermanos y el origen de la nefropatía tiene un importante componente heredo-familiar. La revisión realizada por Ellison en el registro americano de los donantes de órganos que han desarrollado insuficiencia renal crónica y han necesitado a su vez un trasplante renal, demuestra que en el 86% de los casos, donante y receptor eran hermanos ⁽¹²⁾.

(11) Delmonico FL, Council of the Transplantation Society. A Report of the Amsterdam Forum On the Care of the Live Kidney Donor: Data and Medical Guidelines. *Transplantation* 2005; 79(6 Suppl):S53-S66.

(12) Ellison MD, McBride MA, Taranto SE, Delmonico FL, Kauffman HM. Living kidney donors in need of kidney transplants: a report from the organ procurement and transplantation network. *Transplantation* 2002; 74(9):1349-1351.

TRASPLANTE RENAL PRE-DIÁLISIS A RECEPTORES ADOLESCENTES

El mal cumplimiento terapéutico es un riesgo para el fracaso del trasplante y en consecuencia no debería ofertarse el trasplante de donante vivo a los malos cumplidores. Como es sabido, los adolescentes presentan una elevada incidencia de fracasos por mal cumplimiento terapéutico. No obstante, un reciente estudio del registro de Australia y Nueva Zelanda demuestra que los resultados del trasplante pre-diálisis en los adolescentes son mejores que en aquellos que permanecieron más tiempo en diálisis. Aunque en los adolescentes la mala adherencia al tratamiento es la principal causa de fracasos, no existe evidencia de que el retraso deliberado del trasplante con el fin de mejorar el cumplimiento terapéutico mejore la supervivencia sino más bien todo lo contrario⁽¹³⁾.

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

Este hospital inicia su programa de trasplante renal en 1965, empleando desde entonces donantes vivos o de cadáver. De los casi tres mil trasplantes realizados hasta la actualidad, un 12% proceden de donantes vivos. En el año 2002 se introduce la técnica de la nefrectomía por vía laparoscópica en nuestros donantes vivos. Desde entonces se han realizado 67 trasplantes de donante vivo, todos ellos por vía laparoscópica. Las características de los trasplantes se detallan en la tabla 2. Importa señalar la elevada proporción de cónyuges entre los donantes. También llama la atención el número de retrasplantes (incluso terceros y cuartos trasplantes) y un número cada vez mayor de trasplantes y retrasplantes anticipados (pre-diálisis).

De los 67 trasplantes fracasan cuatro, dos de ellos por la muerte del paciente con injerto funcionante (neoplasia de colon y shock cardiogénico postoperatorio). Un paciente pierde el injerto por lesión traumática durante el procedimiento de laparoscopia y otro por nefropatía crónica del injerto. La supervivencia actuarial del paciente fue del 96.7% a cinco años de evolución y la del injerto del 95.6%. La supervivencia actuarial del injerto es muy similar entre los pacientes que reciben un órgano de un familiar HLA-haploidén-

(13) Kennedy SE, Mackie FE, Rosenberg AR, McDonald SP. Waiting time and outcome of kidney transplantation in adolescents. Transplantation 2006; 82(8):1046-1050.

tico (en su mayoría son los padres) y los que lo reciben de un donante no relacionado genéticamente (cónyuges). En ambos casos, la supervivencia del injerto a cinco años es superior al 95%.

Tabla 1: Indicaciones del trasplante renal de donante vivo

1. Estado de salud con buen pronóstico de vida
2. Insuficiencia renal crónica terminal
En programa de diálisis
En pre-diálisis
3. Nefropatía con bajo riesgo de recidiva
4. Adecuada compatibilidad inmunológica
5. Correcta adherencia a los tratamientos farmacológicos

Tabla 2: características de los trasplantes de donante vivo realizados en el Hospital Clínic de Barcelona. Período 2002-2006.

67 Donantes	
Padres / hermanos HLA-haploidénticos	37 (55%)
Hermanos HLA-idénticos	7 (10.5%)
Cónyuges	21 (31.3%)
Otros no relacionados	2 (2.9%)
Cirugía abierta	0
Cirugía laparoscópica	67
1º / 2º / 3º / 4º Trasplante	44 / 15 / 6 / 2
Primer trasplante anticipado	43%
Retrasplante anticipado	35%

**EXPERIENCIAS PERSONALES
DE DONANTE Y TRASPLANTADO RENAL**

TRASPLANTE DE DONANTE VIVO: MI EXPERIENCIA PERSONAL Y LA POSTURA DE ALCER

Antonio González

Coordinador de Proyectos y Actividades. Federación Nacional ALCER

Cuando Koldo Martínez, Presidente del Comité Organizador, se dirigió a la Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER) para presentarme el Congreso y solicitar nuestra colaboración, enseguida se propició un clima de cordialidad que ha motivado mi participación en estas Jornadas. Trabajo como Coordinador de Actividades y Proyectos en la Federación Nacional ALCER, pero como paciente renal que soy, creí que podía aportar mi experiencia con el trasplante de donante vivo, así como, transmitir cuál es la actual postura de ALCER ante este tema.

EXPERIENCIA PERSONAL

Centrándome en mi experiencia personal, debo comenzar desde el principio, desde el diagnóstico de mi insuficiencia renal. Tenía 17 años y tras unos días de malestar, acudí a mi médico que después de tomarme la tensión, inmediatamente me mandó a urgencias. Tras diversas vicisitudes, que no vienen al caso, tres semanas de ingresos y una biopsia renal de por medio, me diagnosticaron la enfermedad: Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

Para mi familia y para mí, supuso un duro mazazo y desde el primer momento, sobre todo, mi madre, demandaba una información que por parte de los médicos no llegaba. Desde la creencia de no querer angustiarnos, por un exceso de información, lo que hacían era incidir más en esa ansiedad que semejante noticia provoca.

Estuve poco más de un año acudiendo a consultas externas, mientras mi función renal continuaba descendiendo. Yo, al tratarse de una enfermedad asintomática hasta sus estadios más avanzados, no era consciente de la necesidad de mis autocuidados para retardar su progresión y sólo me enteraba que estaba

enfermo, por las pesadas revisiones y por el arsenal de medicación que tenía que tomarme.

Llegado al momento crítico de la entrada a diálisis, siempre me acordaré de las palabras de la nefróloga a la hora de elegir la técnica (diálisis peritoneal o hemodiálisis) “En ti no hay dudas, hemodiálisis”. A las dos semanas tenía hecha mi primera fístula, que no funcionaría y posteriormente me tuvieron que hacer una segunda intervención para realizarme otra fístula. Mes y medio después comenzaba mi primera sesión de hemodiálisis.

Es necesario que antes de continuar, haga un parón para centrarnos en el tema que nos ocupa. Mi madre cuando estuve ingresado y me diagnosticaron la enfermedad, como es lógico, empezó a preguntar a los nefrólogos, cuáles eran las opciones de tratamiento. Cuando le hablaron de trasplante, ella, siguiendo su instinto maternal, preguntó sobre las posibilidades de que ella me donara un riñón, que en algún lado había oído que eso era factible. Como es lógico, le dijeron que se tranquilizara y que no hablara de esas cosas. Desde la perspectiva del tiempo puedo entender esa contestación por la ansiedad y desasosiego que presentaría mi madre en esos días, pero lo que nunca he podido llegar a entender es porque antes de entrar a diálisis, no nos informaron de esa opción terapéutica y sólo existía la hemodiálisis en ese momento.

Empecé la hemodiálisis y en diez meses recibí tres llamadas para trasplante de donante cadáver. A la tercera me trasplantarían, pero por ir por partes, me gustaría decir que en esa fase mi madre continuamente hablaba conmigo para decirme que ella quería darme el riñón, los nefrólogos no contemplaban esa opción y en alguna conversación de mi madre con ellos, llegó a salir la palabra “mutilación”. Aquí me interesa reseñar mi actitud, totalmente contraria a que mi madre me donara un riñón, tal vez, y eso lo puedo analizar ahora, influenciado por la falta de información o por la falta de entusiasmo de mi equipo médico.

Llegó el día en que me trasplantaron, la operación fue bien y en 8 días estaba de alta. Luego tuve diversos ingresos y el riñón nunca llegó a funcionar correctamente, el caso es que tras dos años con el injerto tuve que volver a hemodiálisis. Cabe reseñar que seguía sin plantearse por parte de mi equipo médico, la donación del riñón de mi madre. Tras dos años en hemodiálisis y viendo mi

falta de adaptación al tratamiento, decidí probar con la diálisis peritoneal, que, tras 7 años con la insuficiencia renal, acababa de descubrir que existía.

Esto motivó un cambio de hospital. Comencé a tratarme en la Fundación Jiménez Díaz, uno de los hospitales pioneros en el trasplante renal de donante vivo y que no ha dejado de tener activo ese programa, a pesar de recibir muchas críticas de otros profesionales. Curiosamente, muchos de los que criticaban, ahora son férreos defensores del trasplante de donante vivo, como forma de reducir las listas de espera para donante cadáver actuales.

Tuve una entrevista en la Fundación Jiménez Díaz para cambiarme de lista de espera e incorporarme a la de ese centro. Desde el primer momento, me mostraron la posibilidad del trasplante de donante vivo, con sus ventajas e inconvenientes. Mi madre se ilusionó, por fin la iban a hacer caso y podría hacerse las pruebas, pero ahí estaba mi libre decisión de no querer aceptar el riñón de mi madre para evitarle su sufrimiento físico y por no estar seguro de perdonarme mi decisión, en caso de que la operación no fuera bien o el trasplante no funcionara.

Transcurrieron tres años en diálisis peritoneal con una calidad de vida, comparada con la hemodiálisis para mi, excelente. Me adapté muy bien, comencé a trabajar y fue la primera vez que el tratamiento se adecuó a mi ritmo de vida y no al revés. Mi madre seguía insistiendo que quería donarme el riñón. Las cosas habían cambiado, ya no eran mis médicos los que no querían, era yo mismo.

Un día, no sé que me pasaría, pero puse en la balanza dos cosas; por un lado pensé los posibles riesgos de embarcarme en esta aventura, sobre todo para mi madre; por otro lado, comencé a pensar la impotencia y la tristeza interior de mi madre, que me veía todos los días dializarme y ella quería sacarme de eso. Ya me había dado la vida, pero ahora quería darme más calidad de vida. Entonces pensé que, quizás, estaba siendo egoísta y accedí a que se hiciera las pruebas.

Fue cumpliendo todo el protocolo, iba todo muy bien, era compatible y ya sólo faltaba la arteriografía. El destino o quién sabe qué o quién, quiso que ella tuviera un riñón que casi no le funcionaba, por lo que no pudo ser do-

nante. Yo me puse muy triste, pero sobre todo por ella, porque se llevo una gran decepción. Siempre me acordaré de las palabras que le dijo a mi coordinadora de trasplantes, Beatriz Matesanz, ¿puedo donarle el riñón bueno y entrar yo a diálisis?

Desde entonces, he vivido otro intento de trasplante y ahora estoy en lista de espera en el 12 de octubre, no he tenido la suerte de tener otro donante. Como podréis comprobar he tenido la experiencia de médicos totalmente contrarios a la donación de trasplante de donante vivo y de médicos que me dieron a elegir esa opción, con sus ventajas e inconvenientes para que yo decidiera como persona adulta y responsable, a la que le gusta participar en la toma de decisiones que conciernen a su estado de salud, siempre con el consejo de mi médico.

POSTURA DE ALCER

Este año, se cumplen 30 años de la creación de ALCER. Ya uno de sus primeros objetivos fue la promulgación de una nueva Ley de Trasplantes, que impulsara este tipo de operaciones en nuestro país, porque la entonces vigente estaba totalmente obsoleta. También en sus primeros estatutos, se contemplaba que uno de sus objetivos era la divulgación de las posibles opciones terapéuticas de la insuficiencia renal.

A lo largo de estos tres decenios, la postura de las distintas asociaciones ALCER y de la Federación sobre el trasplante renal de donante vivo ha ido en la misma línea de la que han ido teniendo los nefrólogos a lo largo de la historia. Los pocos pacientes que habían recibido una correcta información en su hospital sobre esta opción, la veían como posible y ya era decisión personal suya el aceptar una donación de un familiar suyo. La mayoría de pacientes, sin embargo, veían el trasplante de donante vivo como una opción peligrosa que ni siquiera querían contemplar, es más, no se animaba a ella, ni se informaba de su existencia.

La mayor formación e información que tiene actualmente el paciente renal que tiene cargo de representatividad en las asociaciones ALCER, junto con el impulso actual que se está dando, actualmente, desde la ONT y por parte de

algunos nefrólogos, ha ido modelando la opinión sobre esta opción de tratamiento.

Desde Federación ALCER creemos que es una opción que el paciente tiene y está en su derecho de conocer. Con una información no mediatizada, mostrando sus ventajas e inconvenientes, para que, tras el asesoramiento de su médico, pueda tomar una decisión consensuada con su entorno familiar.

Estamos de acuerdo con la postura de la ONT de potenciar esta opción para reducir las listas de espera. Entendiendo esta potenciación en un doble sentido: Asegurándose que el paciente tenga información de esta opción y dotando a hospitales de referencia de la formación a los profesionales y de la estructura necesaria para hacer trasplantes de donante vivo. No creemos necesario que haya que hacer campañas a la opinión pública para dar a conocer esta opción, sino que esta información tiene que llegar al paciente, a través de sus profesionales sanitarios.

Por otro lado, confiamos en los mecanismos que establece la Ley de Trasplantes para asegurarnos que la donación se hace de forma altruista y solidaria siguiendo el espíritu que ha llevado a nuestro país a ser líder mundial en materia de donación y trasplantes de órganos.

Por último me gustaría hacer esta reflexión, ¿Qué padre o madre no donaría un riñón a su hijo en diálisis? ¿Es moral, ético o legal que un profesional no dé la libertad de elegir esa opción a un paciente? No quiero entrar a valorar leyes, ni juicios morales o éticos, materias de las que este Congreso puede presumir de contar con los mejores expertos en estas materias. Desde mi punto de vista como paciente, no creo que se pueda privar a una madre, por ejemplo, de ese derecho de mejorar la calidad de vida de su hijo, ni a un enfermo en diálisis informado elegi esa opción terapéutica.

MI EXPERIENCIA COMO RECEPTORA DE UN RIÑÓN DE MI MARIDO

Cristina Pozzi

Después de varios años padeciendo una insuficiencia renal, me vi obligada a entrar en un programa de diálisis y en ese momento el médico nos informó de que la siguiente fase era entrar en lista de espera para el trasplante o la posibilidad de un trasplante de vivo, cosa que yo no tuve en consideración.

Pasado un tiempo Antonio me dijo que él me iba a dar un riñón y yo me negué, pero como insistió, accedí a que se hiciese las pruebas pues pensé que no seríamos compatibles, mi problema empezó cuando se vió que sí éramos compatibles y por lo tanto se podía realizar el trasplante.

Yo no quería, porque pensaba que siempre era un riesgo hacer que se sometiese a una intervención quirúrgica, además tendría sólo un riñón y podría tener cualquier problema (para mi todo eran beneficios y él se llevaba la peor parte), creía, y aún lo creo, que era muy egoísta por mi parte.

Por otro lado la diálisis había mejorado mi calidad de vida, pero ésta no era ni mucho menos buena, y aunque yo era la principal implicada, repercutía en toda la familia especialmente a Antonio, ya que no nos permitía llevar el tipo de vida que nosotros queríamos, dependía de la cicladora, viajar era casi imposible, me limitaba en muchos aspectos y todo esto también afectaba a Antonio.

Esto último, junto con la insistencia de Antonio y la opinión favorable de mi hija para que me diese su padre el riñón, fue lo que me decidió al final a que lo aceptase.

De todas formas los días anteriores al trasplante tuve mucho miedo, no de la operación en sí, sino de que algo fuese mal y lo rechazase, que Antonio hubiese perdido un riñón y no hubiese servido de nada, pensaba continuamente que no tenía que haber aceptado.

Afortunadamente todo salió bien y después de cinco años y medio estoy muy contenta, pues volvemos a hacer los dos una vida normal y estamos perfectamente.

MI EXPERIENCIA COMO DONANTE DE UN RIÑÓN A MI MUJER

Antonio Ortega

Hace mas de quince años se detectó una insuficiencia renal en Cristina, mi mujer. El equipo médico del Hospital de la Concepción en Madrid nos explicó en que consistía la enfermedad y su posible evolución . Lógicamente esto supuso un importante motivo de preocupación que se unió a otro problema familiar que era la deficiencia ligera de nuestro hijo mayor. El estado físico de Cristina en ese momento era aparentemente bueno y llevaba una vida normal.

A medida que pasaron los meses vimos como su salud se iba deteriorando poco a poco. Este deterioro paulatino de la salud de Cristina duró mas de diez años. Al final de este período su estado físico era realmente malo.

A esta situación provocada por la enfermedad renal había que añadir que nuestro hijo mayor pasó durante varios años por un proceso de grandísima agresividad provocado por su deficiencia . Mi preocupación por intentar dar un poco de normalidad a mi familia no servía de mucho ya que la enfermedad renal seguía su camino y no éramos capaces de encontrar ninguna solución para resolver los problemas adicionales causados por nuestro hijo. De esta situación la peor parte le tocaba a Cristina pero también afectaba significativamente a mi hija que le tocó vivirla con una edad entre doce y veinte y pocos años.

Pasar de la situación anterior a la fase de diálisis supuso una mejora considerable en el aparente estado de salud y calidad de vida de Cristina, así como en el ambiente familiar.

También nos explicaron en el hospital que el siguiente paso sería esperar a poder realizar un trasplante, hablándonos de la posibilidad del trasplante de vivo, una opción que inicialmente yo apenas contemplé.

Después de un año vimos que la diálisis tampoco era una solución definitiva, que esta nueva etapa también tenía muchos problemas. La vida de Cristina se-

guía totalmente condicionada por la enfermedad y mis hijos seguían viviendo viendo siempre a su madre enferma.

Durante este tiempo y después de dar muchas vueltas a la cabeza, pensé que había que hacer algo y que no debía seguir manteniendo una actitud pasiva de espera cuando existía la posibilidad de trasplante de vivo. En vista de ello, decidí a pesar de la oposición de mi mujer hacerme las pruebas para ver si yo podría donarle un riñón.

Quise hacer este intento en primer lugar para darle a mi mujer la posibilidad de llevar una vida normal, creí que debía hacerlo ya, en aquel momento, sin esperar mucho más porque todavía éramos jóvenes (alrededor de cincuenta años los dos) y porque las probabilidades de éxito en el trasplante serían mayores al ser de donante vivo con lo cual si resultaba bien, evitaría que tuviera que pasar nuevamente por diálisis o que tuviera que someterse a otro nuevo trasplante en relativo poco espacio de tiempo. En segundo lugar, para que mis hijos vivieran una mejor situación familiar.

Cristina llevaba muchos años de enfermedad y creo que se merecía después de haber aguantado tantos problemas, durante tanto tiempo, darle la posibilidad de que se olvidase de todo eso.

Una vez que se comprobó la compatibilidad y que era posible realizar el trasplante, Cristina seguía oponiéndose a la donación. En este momento tomé la decisión de que si ella no aceptaba mi riñón lo daría a otra persona que lo necesitase. Finalmente aceptó y el trasplante se hizo hace cinco años y medio. De momento ha sido un éxito completo. Cristina lleva una vida totalmente normal y mis hijos creo que están realmente contentos por ver a su madre bien.

A mi me ha producido una satisfacción enorme el ver como ha cambiado nuestra vida y puedo decir que el donar mi riñón ha sido la decisión de la que mas orgulloso me siento de haber realizado en mi vida.

TX HEPÁTICO DE DONANTE VIVO. EVOLUCIÓN DESDE 2003 HASTA HOY

TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Blanca Miranda
Jefe del Servicio Médico. ONT. Madrid

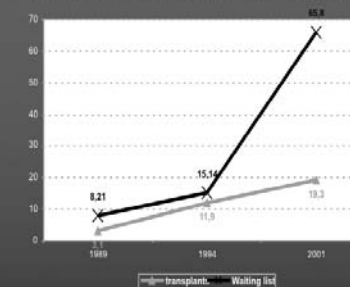
Supervivencia media ofrecida con los implantes que se hacen a día de hoy

Primer Implante. Donante cadáver

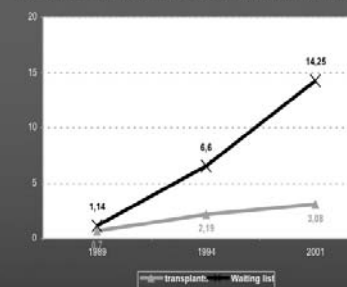
Hígado: 19.5 años
Corazón: 14 años
Riñón: 16 años
Pulmón: 7.5 años



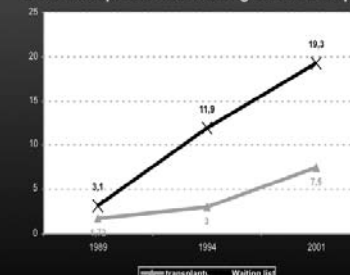
Liver transplants and Waiting List in the USA



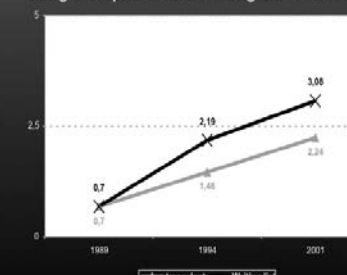
Lung transplants and Waiting List in the USA

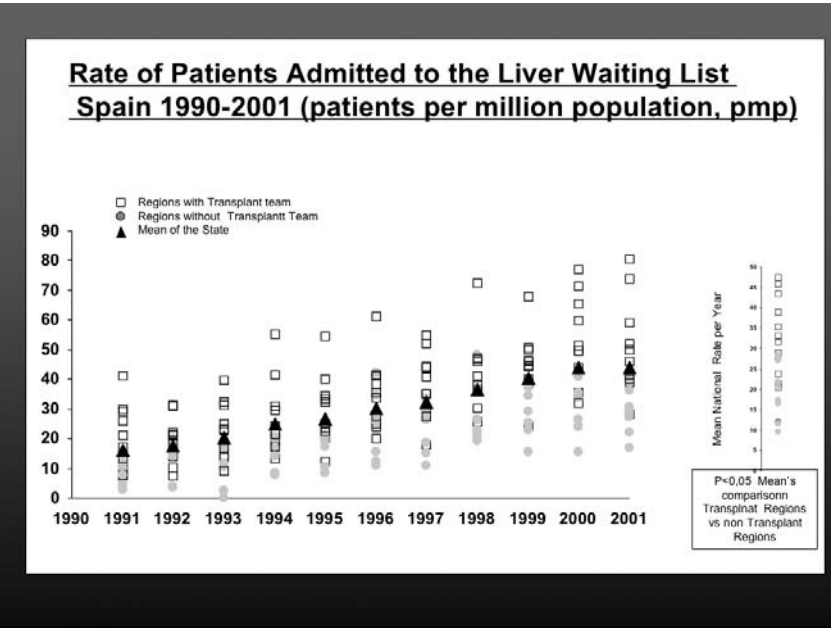
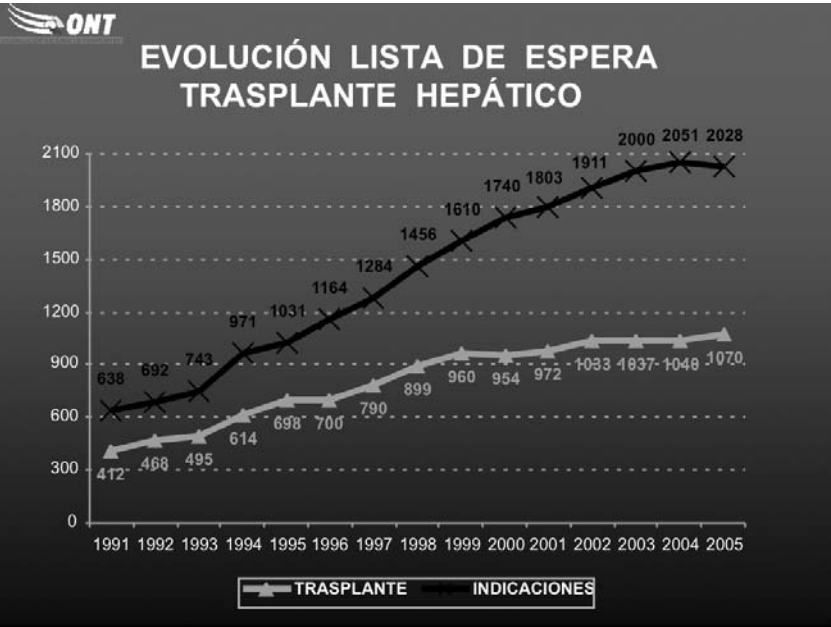


Liver transplants and Waiting List in Europe



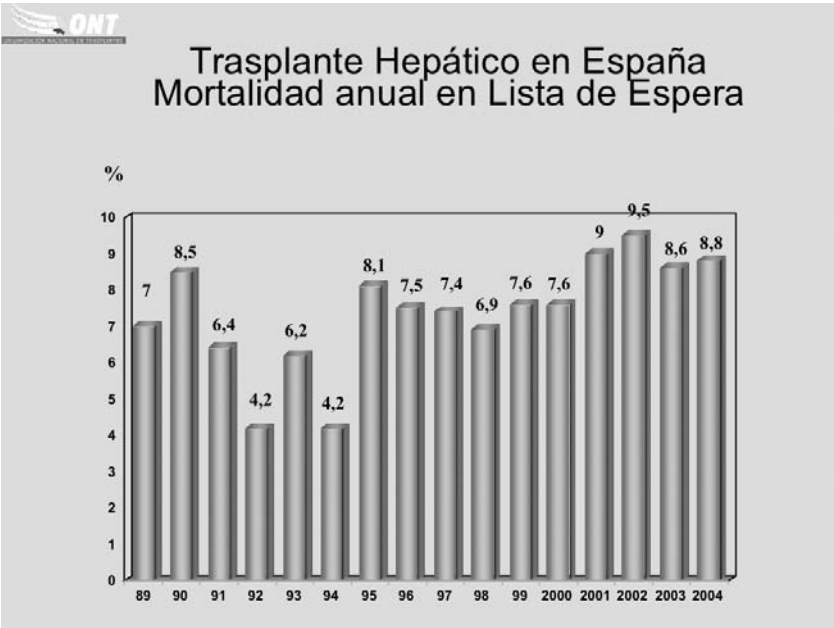
Lung transplants and Waiting List in Europe

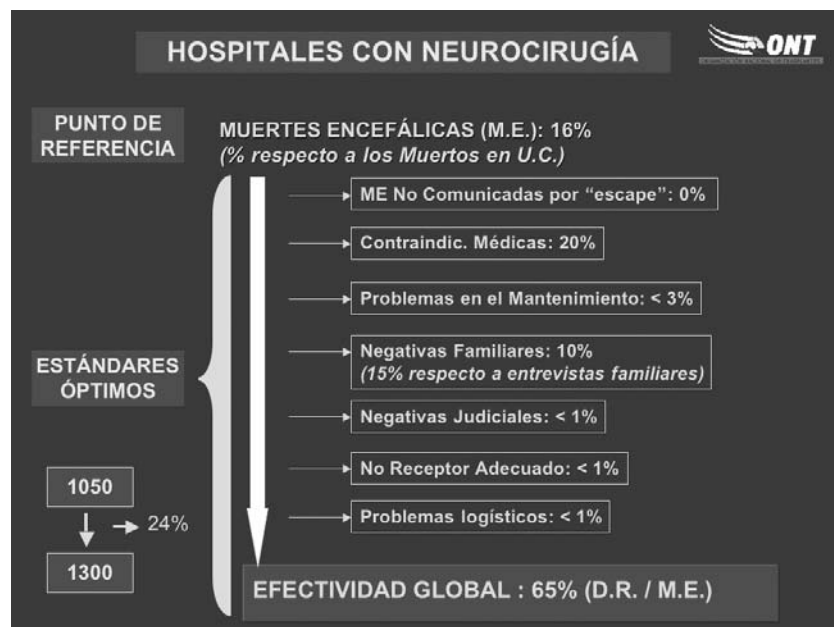




Waiting Lists & waiting list's mortality rates in the EU

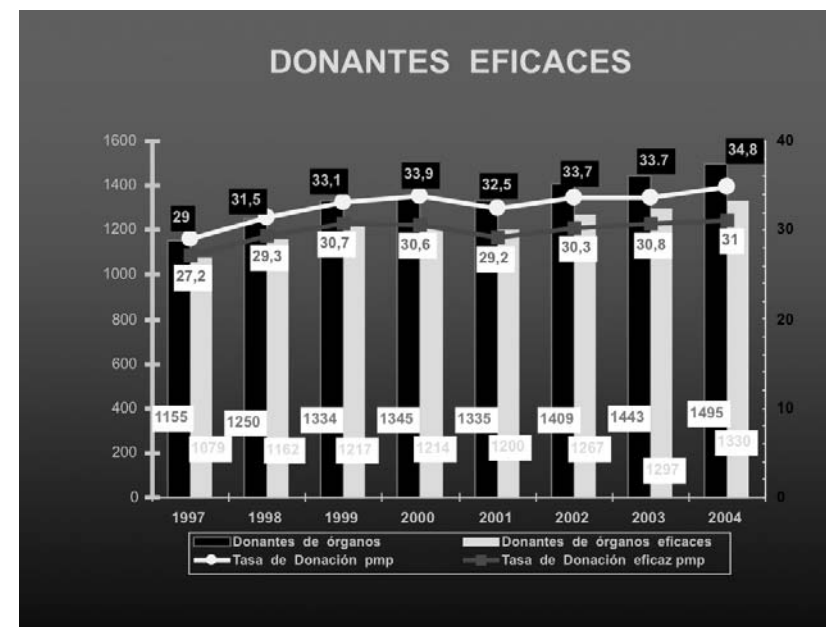
Organ	WL Patients	Patients dead while on the WL during 2004	Patients dead while in WL per day
Kidney	50655	1569	4.29
Liver	6296	960	2.63
Heart	2535	554	1.51
Lung	1575	350	0.95
Pancreas	888	45	0.12
Bowel	38	6	0.01
Total	61987	3484	9.54



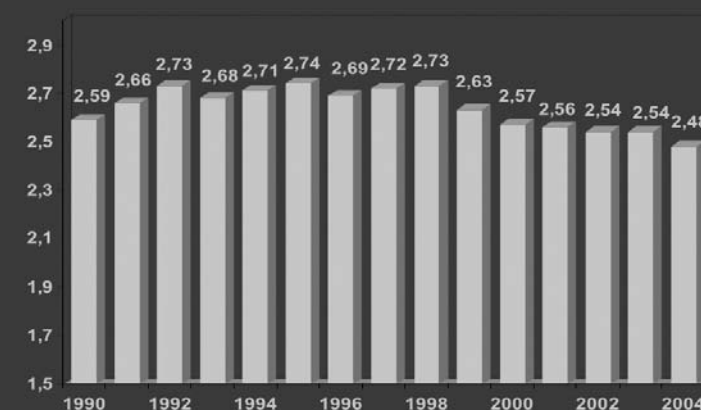


EXPANSIÓN DE LOS CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE DONANTES

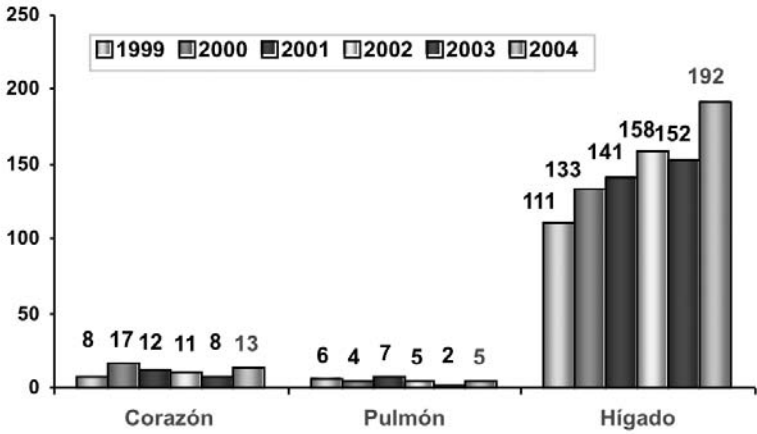
- El 35% de los Donantes tiene más de 60 años y el 18% más de 70
- El 25% de los donantes tiene historia conocida de hipertensión, que fue la causa o detonante del ACVA
- El 13% de los donantes presenta algún episodio de parada cardiorrespiratoria durante el periodo de mantenimiento
- El 6% de los donantes es diabético
- El 8% de los donantes se descarta al descubrir o sospechar algún tipo de enfermedad maligna desconocida previamente
- El 3% de los donantes es Virus C +, el 0.6% es Virus B + y el 18% es anti-core +
- En el 0.8% de los casos la muerte está causada por intoxicación aguda
- El 0.5% de los donantes está diagnosticado de "enfermedad rara"



Organos Trasplantados por Donante



ÓRGANOS TRASPLANTADOS DE DONANTES
CUYOS RIÑONES NO SE UTILIZARON. 2004



DONANTES EN ASISTOLIA ESPAÑA	2004	2005
Riñones obtenidos	129	138
Riñones trasplantados	91	78
Hígados obtenidos	7	14
Hígados trasplantados	5	6
Pulmones obtenidos	8	11
Pulmones trasplantados	5	6

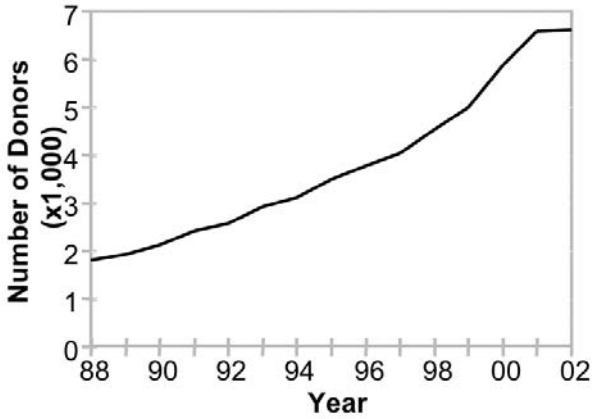
Trasplantes Renales anuales: 2.500

Trasplantes Hepáticos anuales: 1.300



Estándares
óptimos de
donación de
cadáver

Increasing Use of Living Donors



Rosendale, Clinical Transplants 2003 (p.72)

Liver Transplant in Europe 2005

25 Countries

6.095 Liver Transplants

434 split

233 living

53 domino



5 Countries with no alternative transplants registered

1st & 3rd y. Survival of Liver Grafts
according to donor type
European data

ELTR
12 / 2003

	Children		Adults	
	1 y.	3 y.	1 y.	3 y.
Cadaveric full size	78%	74%	75%	70%
Living donor	87%	83%	78%	68%
Reduced liver	67%	63%	56%	51%
Split liver	66%	61%	70%	66%
Domino liver			78%	68%

Organ Procurement and Transplantation Network

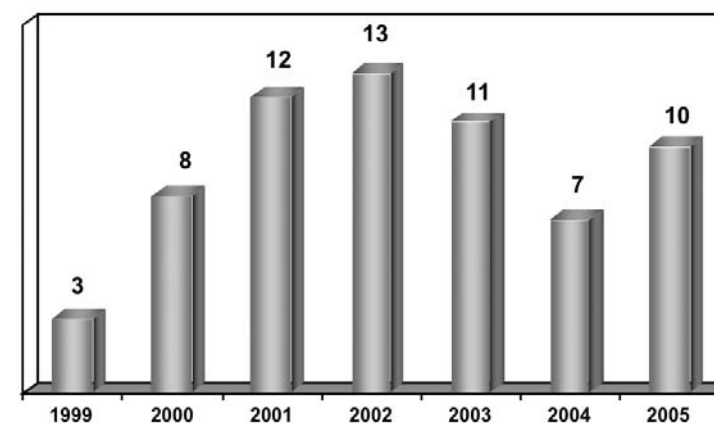
Liver Kaplan-Meier Graft Survival Rates For Transplants

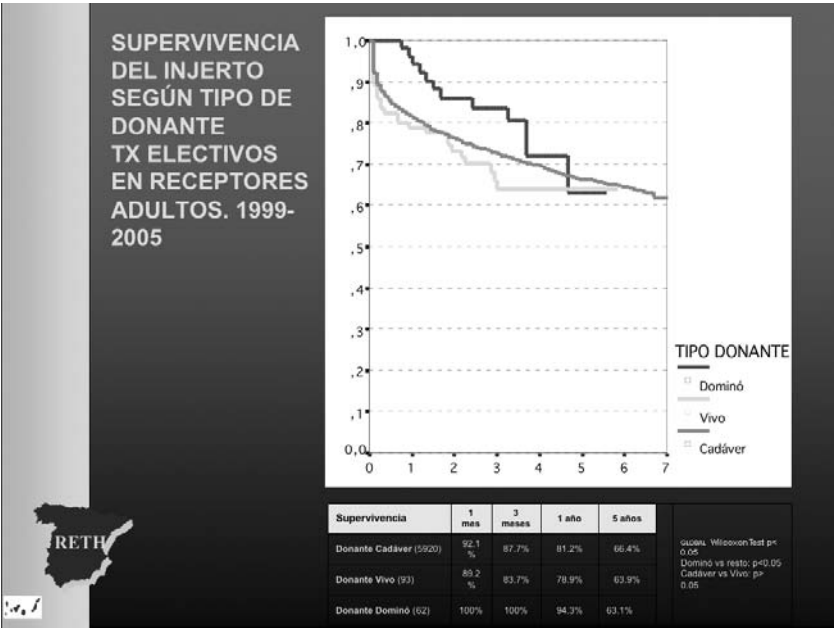
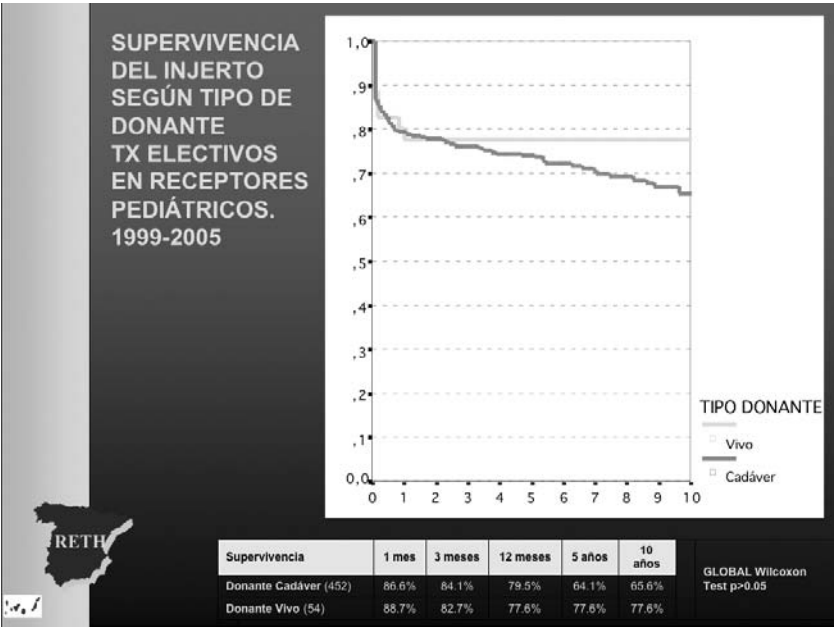
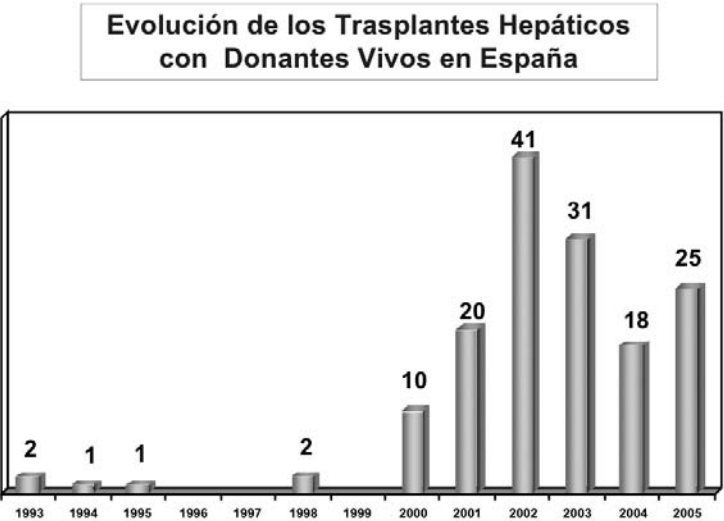
Performed : 1997 - 2004

Based on OPTN data as of October 13, 2006

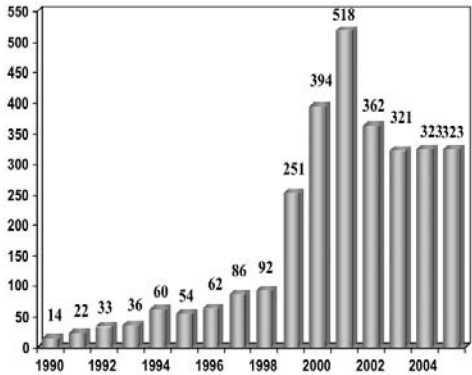
Region	Donor Type	Years Post Transplant	Number Functioning / Alive	Survival Rate	95% Confidence Interval
U.S.	Cadav.	1 Year	12219	81.9	(81.3, 82.6)
U.S.	Living	1 Year	776	82.7	(80.2, 85.1)
U.S.	Cadav.	3 Year	12043	72.0	(71.3, 72.6)
U.S.	Living	3 Year	1000	72.3	(70.0, 74.6)
U.S.	Cadav.	5 Year	9754	65.2	(64.5, 65.9)
U.S.	Living	5 Year	428	65.9	(62.6, 69.2)

Evolución de los Trasplantes Hepáticos con Donantes Dominó en España





Liver Transplants with living donors in the USA



The New York Times

March 13, 2002



Hospital Is Fined in Death of a Brother Who Donated a Liver

By DENISE GRADY

 The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Volume 348:818-825 February 27, 2003 Number 9

A Survey of Liver Transplantation from Living Adult Donors in the United States
 Robert S. Brown, Jr., M.D., M.P.H., Mark W. Russo, M.D., M.P.H., Michelle Lai, M.D., M.P.H., Mitchell L. Shiffman, M.D., Michael C. Richardson, B.A., James E. Everhart, M.D., M.P.H., and Jay H. Hoofnagle, M.D.

.....complications requiring intervention (in 6.0 percent), reoperation (in 4.5 percent), and death (in one donor [0.2 percent]). Among the recipients, 1.6 percent did not meet criteria for receipt of a cadaveric **transplant**; cancer, **retransplantation**, and acute **liver** failure were uncommon indications for **transplantation** from a **living** donor. Biliary complications occurred in 22.0 percent of recipients, and vascular complications occurred in 9.8 percent.

Conclusions Adult-to-adult **liver transplantation** from a **living** donor is increasingly performed in the United States but is concentrated in a few large-volume centers. Mortality among donors is low, but complications in the donor are relatively common.

 The Vancouver Conference on Living Donation

Estimated Worldwide Operative Donor Mortality:
 ~6000-7000 Live Donor Hepatic Resections

- 2 Donors have undergone liver transplantation secondary to operative complications from R lobe donation
- 1 Donor is in a persistent vegetative state after donation

Catastrophic complications (0.4 - 0.6%): 15 deaths

Survey of Donors Complications:		
21% ELTR	14% Brown et al.	28% CM Lo
1. Death	1. Death (0.2%)	1. Bile leakage
2. Need for rehospitalization	2. Rehospitalization (8.5%)	2. Hyperbilirubinemia
3. Bile stricture or leak	3. Bile stricture or leak (6%)	3. Intra-abdo collection
4. Liver insufficiency	4. Nonautologous blood tr. (4.9%)	4. Small bowel obstruction
5. Pulmonary embolism	5. Need for reoperation (4.5%)	5. Biliary stricture
6. Major infection	6. Major infection (1.1%)	6. Portal vein thrombosis
7. Vascular		7. Pulmonary embolism
8. Major infection		8. Intra abdominal bleeding
		9. Pancreatitis
		10. Bleeding duodenal ulcer
		11. Incisional hernia
		12. Renal failure
		13. Gastric perforation
		14. Wound infection

TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO

- Es una opción terapéutica más para el tratamiento de la IHT
- Está aceptado por pacientes y profesionales sanitarios
- Es éticamente aceptable
- Permite el trasplante con periodos cortos de espera
- Los aspectos relacionados con la seguridad y la calidad en el proceso están mejor cubiertos
- Permitiría mejorar el déficit en las necesidades de trasplante
- Tiene una mejor tasa de supervivencia a medio y largo plazo, en pacientes pediátricos que en adultos
- Las tasas de retrasplante agudo son similares a las tasas con donante cadáver
- Los problemas socioeconómicos para el donante no están bien resueltos. Tampoco los logísticos para el equipo quirúrgico.

PUNTOS DE ENCUENTRO PARA UNA ÉTICA DE LOS TX CON DONANTE VIVO EXPERIENCIAS COMPARTIDAS Y EVOLUCIÓN DESDE EL 1^{er} CONGRESO DE 2003 HASTA HOY

Juan Luís Trueba Gutiérrez

Prof. Asociado de Neurología del Hospital Doce de Octubre, UCM.
Presidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

EL 1^{er} CONGRESO ÉTICA Y TX

El primer encuentro interinstitucional para abordar las problemáticas que desde una reflexión ética venía planteando el trasplante de hígado con donante vivo tuvo lugar en la ciudad de Pamplona los días 28 y 29 de noviembre de 2003. La participación fue muy importante y los debates planteados enormemente enriquecedores para cuantos tuvimos la fortuna de participar. Gran parte del mérito del importante grado de satisfacción de los asistentes, corresponde al comité organizador, pero en mi opinión lo verdaderamente importante fue el excelente clima logrado en un tema bioético enormemente complicado que por primera vez era abordado en un encuentro interdisciplinar en el que se proponía desde el principio una metódica de análisis y una estructura organizativa. El método de análisis se centraba en un tipo concreto de proceso asistencial; los TX de hígado con donante vivo. Y la estructura organizativa estaba montada a base de unos debates participativos desde una serie de mesas redondas. Las mesas estaban constituidas por ponentes con experiencia personal en dicho tipo de TX y procurando ofrecer en cada una de ellas tres puntos de vista diferentes: el de la Ley; el de la experiencia práctica medico-quirúrgica; y el de la experiencia ética de los CAE en la emisión de los “informes preceptivos”.

A los integrantes de cada mesa se les habían planteado un conjunto de cuestiones bioéticas según un tema común para cada mesa y según la propia experiencia personal de cada ponente. El objetivo era descubrir todo lo que las propias experiencias personales, sobre casos prácticos reales de TX con donante vivo nos permitía desvelar. Dicho método de trabajo solo permitía la participación como ponente de un número reducido de personas, pero en todos ellos se buscó como principal argumento para su presencia la existencia de

una experiencia personal real de casos de Tx con donante vivo en los que habían participado.

Creo que este 1^{er} Congreso fue un auténtico foro de debate sobre las experiencias compartidas entre los distintos ponentes y la audiencia que asistía ya fuera por razones de proximidad asistencial (cirujanos, hepatólogos, ONT, coordinadores de trasplantes, etc.), o por razones de pura implicación bioética institucional (CAEs, bioticistas, filósofos, sociólogos, administradores públicos, gerentes hospitalarios, usuarios, colaboradores sociales, etc.) en el mundo de los TX.

LOS TEMAS DE DEBATE EN LAS MESAS FUERON LOS SIGUIENTES:

Sobre gestión de los procesos asistenciales

Gestión institución nacional (ONT).
Gestión de la institución hospitalaria.
Problemas derivados de la gestión en la práctica clínica.

Sobre fundamentos legales

Interpretación art. 9 de la ley Tx con donante vivo.
Aspectos prácticos de aplicación de la ley por equipos quirúrgicos.
Problemas prácticos de aplicación de la Ley por los CAE.

Sobre excepcionalidad al principio de no-maleficencia

Justificación del daño desde la filosofía moral.
Fundamentación bioética desde la relación clínica.
Tipo de prestación sanitaria y cartera de servicios.
Problemas éticos de la aplicación en función de la lista de espera.

Sobre conflictos de interés

Intereses económicos, comercialización de órganos y criterios de adjudicación de órganos.

El “reto tecnológico”.

Problemas éticos de la justicia distributiva en la donación de órganos.

Sobre Consentimiento informado del donante

Valores científicos y asistenciales en el Tx con donante vivo.
Aspectos jurídicos del CI del donante.
Experiencia en la aplicación del CI del donante.
Protocolos de actuación en los Tx con donante vivo.

Sobre Consentimiento informado del receptor

Protocolo de estudio de presunto receptor de Tx con donante vivo.
Criterios de selección de receptor, indicaciones y contraindicaciones.
Experiencia de logros conseguidos riesgos y complicaciones en el receptor y en el donante.

EL MODO DE TRABAJO CONSISTIÓ FORMALMENTE EN UN DEBATE, MULTIDISCIPLINAR, PLURAL Y CRÍTICO DESDE LA EXPERIENCIA CLÍNICA REAL

Desde mi punto de vista los logros del 1^{er} Congreso de Ética de los TX han sido fundamentalmente metodológicos y estructurales y se han concretado en la creación de un foro de debate participativo y deliberativo; multidisciplinar, plural, racional y crítico, en el que era posible compartir y contrastar las experiencias personales generadas desde la relación clínica, lo que nos permitía descubrir la complejidad extrema del tema. Un tema más que ignorado había estado reducido a una dimensión puramente pragmática de la clínica asistencial y que tenía tendencia a pasar como de puntillas ante los conflictos éticos que podía generar.

EL 2º CONGRESO SOBRE ÉTICA Y TX

Así como el 1^{er} Congreso estuvo centrado sobre los donantes vivos para el Tx hepático, este 2º Congreso de ética y Tx ha abordado el tema de los donantes

vivos para el Tx de riñón. La razón fundamental radica en el interés ético que suscita la aportación al mundo del Tx de la donación de vivo, y la posibilidad de que la reflexión ética realizada en el caso del hígado constituía un buen punto de partida para abordar la experiencia existente en nuestro país en los procesos de donación de riñón por una persona viva y sana.

El método de análisis, la estructura organizativa y todas las cuestiones planteadas a las mesas durante el 1^{er} Congreso podían ser perfectamente aplicable a cualquier proceso asistencial de TX con donante vivo, y siendo la fundamentación ética similar cabía también suponer que las conclusiones y cuestiones que al final del 1^{er} Congreso se plantearon fuesen en gran medida aplicables a los casos de riñón.

En efecto, las fundamentaciones éticas y legales son las mismas, aunque evidentemente las tomas de decisión pueden ser muy distintas, pues las relaciones clínicas y circunstanciales suelen ser muy diferentes entre unos casos y otros, como sin duda también lo son las funciones de órganos esenciales pero fisiológicamente tan diferentes como el hígado o el riñón.

Como expuse en mi ponencia del 1^{er} Congreso los problemas bioéticos surgen desde la incertidumbre ante la necesidad de tener que tomar decisiones asistenciales en un contexto muy concreto de relaciones clínicas, a menudo muy particulares y generalmente complejas. Son los conflictos de valores entre las personas implicadas en el proceso asistencial y en la toma de decisiones lo que condiciona las opciones posibles y la justificación de un curso de acción concreto. Además, la decisión se toma para cada caso, en unas circunstancias concretas y en un momento asistencial determinado. Por todo ello son temas en los que cabe siempre más de un curso de acción posible; más de una opción podrían ser éticamente correcta, y en donde el debate abierto entre los implicados es inevitable.

En definitiva, la ética de los Tx y en concreto la más compleja con donante vivo son temas en debate abierto multidisciplinar, plural, racional y crítico. Solo un debate con dichas características permite abrigar esperanzas de mejora para los procesos asistenciales; evidentemente también para los procesos de TX.

Conclusiones y cuestiones pendientes del 1^{er} Congreso de Ética y TX sobre “TX hepático con donante vivo”

El debate abierto durante dos jornadas intensivas sobre los Tx hepáticos con donante vivo sirvió para poner sobre la mesa los numerosos problemas éticos que podían ser considerados. Pero el gran listado de problemas que podían recogerse únicamente mostraban la complejidad de los temas, pero exigían una profundización y una reflexión más sosegada y participativa sobre las posibles opciones en cada uno de ellos, y sobre los argumentos que podrían ser utilizados en la aplicación o rechazo de cada una de las opciones posibles. Es cierto que cualquier opción con suficiente base argumental tiene pretensiones de generalización, pero ello no garantizaría en ningún caso la certeza absoluta de la misma, y por ende su aplicación a todos y cada uno de los casos futuros. Se trata de una reflexión que corresponde a una racionalidad típicamente bioética en donde los conflictos de valores entre los sujetos morales (personas) implicados, en cada situación concreta, solamente puede realizarse mediante la ponderación argumental de lo que resultaría ser más prudente y razonable, pero sin alcanzar nunca un grado de certeza suficiente como para que la toma de decisiones pueda ser universalmente aplicada.

Así, pues, los TX de órganos con donante vivo son procesos clínicos asistenciales que surgen de una relación clínica en donde los intereses de los pacientes (primeros elementos de la relación) ocupan lugar primordial, y en los que las actuaciones médicas o quirúrgicas (segundos elementos de la relación clínica) han de perseguir ante todo el mayor beneficio para los pacientes, y el menor daño o sufrimiento posible. Una medicina cada vez más deshumanizada y con una fuerte carga positivista ha generado en nuestro medio asistencial público y privado una tendencia a considerar los procesos como entidades morbosas o enfermedades orgánicas de un determinado tipo diagnóstico. Pero es evidente que como dice la vieja máxima “no hay enfermedades, sino enfermos” y en consecuencia la realidad de un Tx de órgano (poco importa ahora si se trata de un hígado, un riñón o cualquier otro órgano) no puede ser reducida a un procedimiento técnico, por muy complejo, específico y delicado que fuere, sino que su esencia surge de una relación clínica humana o ínter subjetiva, en la que los valores aportados por cada una de las personas que se interrelacionan son las que rigen las decisiones finales sobre el cómo obrar en cada circunstancia.

A partir de esta experiencia compartida el 1^{er} Congreso de TX hepáticos con donante vivo formuló una serie de Conclusiones básicas y generales que pienso podrían ser perfectamente aplicables a cualquier proceso asistencial de TX con donante vivo.

Creo merece la pena volver a formular las conclusiones que hace tres años aquí mismo se dijeron y que fueron asumidas por la ONT y por la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica que actualmente presido. La razón fundamental no solo es la búsqueda de un nexo común que nos marque el camino que estamos siguiendo, sino porque creo que, aun siendo formulaciones simples, las conclusiones que se alcanzaron encierran un gran compromiso con respecto a la reflexión posterior de cualquier situación éticamente comprometida bajo el término genérico “TX de órgano con donante vivo”. Si cuanto llevo dicho fuese cierto habría que concluir que las Conclusiones del 1^{er} Congreso son también pertinentes a los debates suscitados estos días sobre el “TX de riñón con donante vivo”.

Bueno será que retomemos las conclusiones y cuestiones que quedaron enunciadas al final del 1^{er} Congreso para tratar de ver si son aplicables y en que medida son un punto de partida del tema que hoy nos ocupa sobre los procesos de TX renal.

LAS CONCLUSIONES DEL 1^{er} CONGRESO DE ÉTICA Y TX FUERON:

Primera

Los THDV son procesos clínicos (no solo procedimientos técnicos) ética y legalmente aceptados en nuestro país que pueden ser una posibilidad abierta para algunos pacientes que se encuentran en lista de espera para Tx de cadáver.

Segunda

Las leyes actualmente vigentes establecen los cauces suficientes para la regulación de estos procesos y establecen las garantías necesarias para que el consentimiento informado de donante y receptor se realice de forma expresa, libre, consciente y desinteresada.

Tercera

Las instituciones y los equipos quirúrgicos autorizados para intervenir en este proceso han de cumplir rigurosamente las disposiciones recogidas en las leyes.

Cuarta

El debate realizado sobre la interpretación más adecuada de los términos de dichas leyes permite concluir que:

La toma de decisión en la institución sanitaria corresponde a:

La Dirección Médica o persona nombrada al efecto

El responsable del equipo de Tx

En todo caso de THDV se precisan necesariamente antes de la firma del consentimiento informado del donante ante el juez del registro civil de los informes de:

1. Un médico distinto e independiente
2. El Comité de ética asistencial acreditado del propio hospital trasplantador.

Quinta

Las cuestiones éticas que plantean los THDV surgen precisamente de las relaciones que se establecen entre las personas involucradas.

Sexta

Bajo el término Trasplante de Donante Vivo se incluyen una serie de procesos clínicamente diferentes que es conveniente validar de manera independiente atendiendo a criterios de edad y del tipo de órgano que se propone trasplantar.

Se debe diferenciar entre:

- Tx hepático
- Tx renal
- Tx infantil
- Tx de adulto

Séptima

Necesidad de implantación de protocolos consensuados en cada institución entre las personas y órganos intermedios involucrados por la ley.

Los protocolos intrainstitucionales diferenciados según órgano y edad del receptor, deben desarrollarse y consensuarse con la participación de:

- El equipo quirúrgico.
- El médico independiente.
- El Comité de ética asistencial.
- La Dirección Médica.
- El coordinador de Tx.

Octava

El apoyo institucional es imprescindible para el desarrollo de las funciones de los implicados y la implantación de los protocolos consensuados.

En la implantación de dichos protocolos deben implicarse:

- La Dirección Médica.
- El Coordinador de Tx.
- La Unidad de Calidad.

Novena

Todos estos procesos y protocolos deben estar abiertos a una continua discusión crítica, revisión y actualización permanentes.

CUESTIONES PENDIENTES

- ¿A quién se debe ofrecer este procedimiento?
- ¿Qué grado de relación entre donante y receptor debe existir?
- ¿Cuál es el momento adecuado para realizar el Tx?
- ¿Puede servir este procedimiento para expandir las indicaciones?
- ¿Hasta dónde puede llegarse en la compensación al donante?
- ¿Se deben centralizar los procedimientos?
- ¿Sería conveniente la promoción de un dictamen único por un Comité de ética suprainstitucional?
- ¿Es todo susceptible de desarrollarse legalmente o hay aspectos que deben dejarse a los consensos multidisciplinarios?
- ¿Debería ser obligatorio el seguimiento y la comunicación de los resultados?

En mi opinión, las conclusiones y las cuestiones pendientes que fueron planteadas al final del 1^{er} Congreso de Ética de los TX siguen como he dicho vi-

gentes y son oportunas para la fundamentación ética del tema que nos ocupa sobre los TX de riñón con donante vivo. Son un buen punto de partida para la reflexión posterior de los problemas concretos y ayudan a descubrir las líneas más convenientes para la protocolización en cada institución de una estrategia ética más responsable y participativa de los CAE en la elaboración de los informes preceptivos para los casos en los que se va a utilizar un riñón procedente de donante vivo.

Con ello no quiero decir que las conclusiones permitan resolver los problemas, pero sí creo que ayudan a una mejor comprensión y a una toma de decisiones posiblemente más compartida y deliberativa.

Es posible que a algunos esto les parezca excesivamente teórico, y que acostumbrados a una ponderación sobre los logros con visión más utilitarista hayan visto frustradas sus esperanzas de lo que creían pudiese ser la oportunidad de conseguir la protocolización de unos procedimientos cada vez más demandados en la práctica asistencial, y que por razones, para ellos, poco claras ven complicarse con argumentos propios de una racionalidad ética que poco tienen que ver con su forma habitual de racionalidad científica a la que están acostumbrados. No puede sorprender que tal línea de pensamiento conduzca a sentimientos de frustración y a la tendencia de interpretar la participación de las opiniones bioéticas o la participación de algunos CAE de nuestros hospitales como un auténtico obstáculo para la realización de unas prácticas asistenciales que consideran no son esencialmente distintas de otras actuaciones médicas o quirúrgicas. En consecuencia ven en la participación del CAE para emitir el informe preceptivo que la Ley de trasplantes con donante vivo establece, como un obstáculo innecesario, y esperan del CAE, en consecuencia, que se limite a “facilitar lo más posible” la realización del proceso asistencial del TX sin interferir con argumentos valorativos la pura indicación asistencial basada en datos objetivos científicamente demostrables. Una visión tan puramente positivista conduce a un utilitarismo que puede fácilmente ser justificado por el número de pacientes intervenidos, y los plausibles deseos de mejora en la gestión de una “lista de espera” que como un importante elemento de presión nos obliga a buscar los mejores resultados posibles. Desde esta manera de argumentar es evidente que la función del CAE quedaría reducida a una mera tramitación administrativa semejante al sello preceptivo que cualquier instancia publica necesita para su curso legal.

¿DÓNDE ESTAMOS? ¿QUÉ HEMOS HECHO HASTA AHORA?

Aquí es donde estamos y donde seguiremos estando, pero ello no significa que nuestra posición sea estática y que no permita un avance en la reflexión ética posterior y unas tomas de decisión perfectamente fundamentadas.

El desarrollo durante las sesiones precedentes en otras mesas en este 2º Congreso creo nos permiten reconocer que sin perder el clima distendido y franco de los debates muchas cosas útiles para todos hemos compartido, y que sin duda este Congreso finalizará con la sensación de que aún en la discrepancia nos sentimos más cercanos. También estoy convencido que en nuestra mesa final lograremos reflejar otras nuevas conclusiones que de algún modo perfeccionaran las anteriores, o nos las harán ver con mayor claridad.

Parece, pues, que los temas bioéticos requieren, como he dicho, una aproximación racional que es distinta de la puramente científica y que sigue un desesperante ritmo de maduración bastante alejado de los fáciles resultados, pues consisten en conflictos de valores que desgraciadamente no pueden ser tabulados ni contrastados con una evidencia demostrativa. Solamente la búsqueda de auténticos consensos circunstanciales, y la constante verificación de nuestras resoluciones nos permite compartir nuestras experiencias y enriquecernos éticamente poco a poco. Eso es lo que hemos hecho hasta ahora y ese ha de ser nuestro camino para lograr perfeccionar la gestión de los procesos de TX, mejorar nuestros protocolos de actuación asistencial, y con ello seguramente también conseguir cada vez mejores resultados sin incrementar los riesgos ni llevar a una situación insostenible a nuestro sistema sanitario público o privado.

¿ES TODO ESTO UNA MERA “PEDAGOGÍA DE LA INQUIETUD”?

No se trata simplemente de plantear problemas y sembrar dudas.

No quisiera que lo que vengo diciendo pueda ser interpretado como mera “Pedagogía de la inquietud” que, parangonando lo que algunos autores dicen en otro contexto, podemos definir como la actitud que estimula el interés por todo, espolea a las mentes a una irresponsable búsqueda sin término y las hace

ejemplarmente incapaces de decir sobre la verdad de nada. Conocer y diferenciar las cuestiones problemáticas es una necesidad de clarificación, pero no constituye el punto final, ni es nuestro objetivo el de una ética relativista por irresolutiva. No creo que en la mera pedagogía de la inquietud, pues pienso que en la bioética responsable también existe una necesidad de tener que tomar decisiones desde la incertidumbre ante la realidad de un problema concreto. La mera inquietud, el confusionismo de lo complejo o la omisión de una opción responsable no es manera razonable o prudente de presentar la ética.

¿QUÉ DEBEMOS HACER AHORA?

Repito que no se trata simplemente de plantear problemas y sembrar dudas. El debate sigue abierto.

Es verdad que en estos pasos iniciales sobre la fundamentación ética de los trasplantes hemos tenido que enfrentarnos a los problemas reales en toda su dimensión. Hemos generado lo que en el método de racionalidad ética denominamos análisis de los hechos y “listado de problemas”

Pero el método de análisis bioético sabemos que debe continuar. Tras el listado de problemas comienza la reflexión sobre los valores confrontados y después la ponderación de los cursos de acción posibles ante lo que “en principio” podría justificar cada curso de acción posible: son las distintas fases de un proceso racional de “deliberación” entre los implicados, para llegar a una toma de decisión final que sea razonable y prudencial.

Debemos y podemos a través del debate conseguir al menos “un átomo” de verdad, con al menos los “dos granitos” de honestidad personal que, sin lugar a dudas todos llevamos dentro

Este ha sido nuestro camino y pienso que lo debe seguir siendo.

Por eso estamos aquí hoy, y espero que lo seguiremos estando en futuros congresos de ética y TX.

**VALORES BÁSICOS DE LA DONACIÓN
Y EL TX DE ÓRGANOS**

**¿ESTAMOS ANTE UNA SUBVERSIÓN DE
LOS VALORES FUNDAMENTALES
DEL PROCESO DE DONACIÓN-TX?**

VALORES BÁSICOS DE LA DONACIÓN Y EL TX DE ÓRGANOS.

¿ESTAMOS ANTE UNA SUBVERSIÓN DE LOS VALORES FUNDAMENTALES DEL PROCESO DE DONACIÓN TX?

Lola Andreu

Enfermera. Licenciada Humanidades. Profesora de Enfermería.

Desde los años 50, los dilemas éticos han sido fuente de debate en el proceso de la donación de órganos para el trasplante¹, siendo especialmente complejos en el caso de la donación en vivo. Las connotaciones éticas que conlleva la posibilidad de extraer de una persona sana un órgano para salvar o mejorar la vida de otra, han preocupado a teólogos, sociólogos y constantemente plantean dudas razonables al equipo de salud que debe asegurar, en cada caso, la información ofertada, la situación física del donante y, lo que es más complejo, la libertad del que dona para decidir².

El equipo de salud ha de garantizar que, en todos los casos, el donante vivo cumpla una serie de requisitos³: a) ser competente; b) tener deseo de donar; c) estar libre de coerción; d) ser médica y psicosocialmente apropiado y e) estar totalmente informado de los riesgos y beneficios para él y para el receptor, así como de las alternativas terapéuticas para el receptor.

En un mundo injusto, abordar un acto terapéutico con garantías éticas puede ser un problema complejo. Los resultados del trasplante de órganos están condicionado por la escasez de donantes, tanto vivos como cadáveres, ya que influyen, además de los requisitos clínicos que hacen viable una donación, las diferencias territoriales, tanto económicas como legales. Por otra parte, los resultados tampoco serán homogéneos en los diferentes países y dependerán entre otras cosas de la experiencia del equipo trasplantador⁴. Por todo esto,

¹ Gracia, D. Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. Nefrología. 2001;vol XXI. Suplemento 4:13-29

² Organización Mundial de la Salud. Documento WHA44/199Rec/1, anexo 6.

³ The authors for the live organ donor consensus group. "Consensus Statement on the live organ donor" JAMA 2000; 284:2929

⁴ Lennerling, A, Forsberg A. becoming a living donor. Transplantation.2003. 76:1243.

son numerosas las pautas dadas desde las más altas instancias de las organizaciones sanitarias para que este acto terapéutico se realice dentro de un marco legal y cumpliendo criterios bioéticos. La Organización Mundial de la Salud, dedica un esfuerzo importante para clarificar⁵ y actualizar los dilemas que el avance tecnológico va planteando. Sobre este tema el Consejo de Europa también ha elaborado una serie de recomendaciones⁶ encaminadas a garantizar la calidad de estos procedimientos.

Muchos aspectos condicionan la donación de vivo, objetivamente siguen sin cubrirse las necesidades de órganos en todo el mundo y el número de donantes cadáveres es totalmente insuficiente. Las grandes diferencias en términos socioeconómicos y políticos entre países hacen que las leyes que amparan el procedimiento y los resultados obtenidos sean dispares. En términos mundiales, más de la mitad de los riñones trasplantados cada año proceden de donantes vivos, mientras que en muchos países en vías de desarrollo esta proporción es prácticamente del cien por cien.

Pero son los aspectos más subjetivos los que van a dar mayor complejidad al problema, en la decisión de donar van a influir valores, sentimientos, circunstancias... y estos condicionantes no se miden, tabulan o se tratan estadísticamente; el ser humano es complejo *porque es al mismo tiempo plena y totalmente biológico y plena y totalmente cultural*⁷, por tanto, la donación estará condicionada no sólo por el amor o el altruismo, sino por el entorno en que se produzca, las creencias o las características del sistema sanitario.

Precisamente es en los aspectos subjetivos en los que el equipo de salud tiene que utilizar todos sus recursos humanos y cada miembro del mismo asumir su parte de responsabilidad. En este sentido, el papel de la enfermera es imprescindible ya que, aunque con otros profesionales, como médicos o trabajadores sociales, la persona enferma puede establecer una relación muy cercana e intensa en momentos puntuales, solo con la enfermera establece una relación continuada. Cuidar, función fundamental de la enfermería, implica acompañar, y, en ocasiones, sustituir a la persona en la ejecución de actividades necesarias para satisfacer necesidades básicas para promocionar, mantener la salud o evi-

tar padecimientos⁸. En su relación con la persona hospitalizada y con su familia, cuando ejerce su labor educadora, cuando atiende a la persona con insuficiencia renal, en la consulta, antes de iniciar el tratamiento sustitutivo renal, puede captar matices que pasarán desapercibidos a otros miembros del equipo.

Cuando se mencionan las connotaciones éticas del trasplante de vivo es imprescindible enmarcarlas en un entorno ya que las diferencias antes mencionadas hacen muy difícil generalizar. Periódicamente aparecen noticias en los medios de comunicación sobre supuestas prácticas irregulares sobre trasplante en países en vías de desarrollo o alejados de la cultura occidental⁹, en algunos la remuneración de órganos está permitida por la ley¹⁰. Las reflexiones que a continuación se exponen se refieren exclusivamente a nuestros límites territoriales como nación y al trasplante propiciado por una organización como la Organización Nacional de Trasplante (ONT) o por organizaciones autonómicas como la Organització Catalana de Trasplantaments, que cumplen criterios éticos y legales rigurosos.

Vivimos un momento en que el trasplante se está convirtiendo en un acto terapéutico cotidiano, y la mejor de las opciones para muchos enfermos con insuficiencia renal terminal. Nuevos y potentes inmunosupresores permiten controlar el fenómeno del rechazo y la técnica quirúrgica está al alcance de cualquier cirujano experto. Las nuevas tecnologías de la información acercan al ciudadano al conocimiento de los avances biomédicos y posibilitan la comunicación entre personas de cualquier parte del mundo. Una sociedad con estos instrumentos y en que la que, por otra parte, prima el materialismo antes que la espiritualidad, puede influir en un proceso que inicialmente se sustentó en valores como el altruismo y la generosidad. ¿Estamos ante una subversión de valores fundamentales del proceso de donación?. Insistiendo en que siempre referida al Estado Español, la respuesta debe ser negativa ya que la estructura organizativa propiciada por el propio Estado y amparada en una legislación clara y rigurosa, no permite situaciones irregulares como el comercio o la falta de transparencia del proceso¹¹. La libertad de expresión y la prensa libre, sin duda, pronto airearían cualquier comportamiento inadecuado dentro del Sistema Público de Salud, que es el marco en que se realizan todos los

5 Informe. Ginebra, OMS 2004. Ethics, access and safety in tissues and organ transplanation: Issues of global concer. (documento WHO/HPT/EHT/T-2003.1) [http://www.who.int/ethics/topics/en/madrid_report_final_\(10-10-06\)](http://www.who.int/ethics/topics/en/madrid_report_final_(10-10-06)).

6 Council of Europe. Guide ens safety and quality assurance for organs, tissues and cells. Estrasburgo. Council of Europe Pub 2002

7 Morin, E. La unidualidad del hombre. Gaceta de antropología. 1997. 13:27.

8 Henderson, V. La naturaleza de la Enfermería. Interamericana – McGaw-Hill. 1994. Madrid.

9 “Si quieren ser miembros de la Sociedad de Trasplantes, los médicos chinos deben ser civilizados” <http://www.lagranepoca.com/news/6-8-7/3108.html>. (20/10/06)

10 Ghods, A.J. Renal transplantation en Iran. Nephrol.Dial.Trasplant. 2002. 17:222

11 Real Decreto 2070/1999 de 30 de diciembre. Artículo 9

trasplantes. Tampoco debe olvidarse que los nefrólogos españoles mantienen un prestigio profesional que puede calificarse de histórico, y que actualmente, hace que el “Modelo Español” se exporte a todo el mundo. Pero los valores morales son atributos de una sociedad y de sus gentes y, en este sentido, la sociedad española es generosa, ama la vida y considera la amistad o los vínculos familiares como componentes fundamentales de su estructura. Todo esto, organización, dedicación profesional, voluntad política y características de nuestra sociedad explicaría el que España sea un país con un altísimo índice de donaciones de cadáver, quizás esta sea una de las razones por las que no se ha desarrollado el trasplante de vivo tanto como en otros lugares en los que la donación de cadáver es fenómeno mucho menos frecuente¹².

Garantizar los principios éticos en el proceso de trasplante de vivo parece a priori fácil si el equipo de salud se atiene a la legislación vigente, ya que, para ello, sólo se debe garantizar la: **Beneficencia** porque los resultados obtenidos por los trasplantes de vivo son netamente superiores a los de cadáver¹³; aunque existe un riesgo para el donante asociado a la nefrectomía, la probabilidad de que ésta perjudique seriamente a su salud muy baja¹⁴, máxime teniendo en cuenta que, actualmente, en la mayoría de los centros la realización de técnicas laparoscópicas hacen que el acto quirúrgico sea menos agresivo y la recuperación posterior más rápida. El principio beneficencia se complementa con la **No-maleficencia**. Los donantes no suelen acusar problemas significativos, incluso algunos donantes parece que obtienen un gran beneficio psicológico a través de un incremento de su autoestima que mejora su calidad de vida, e incluso otros parece que han obtenido beneficios físicos como consecuencia del descubrimiento de un problema de salud no sospechado, en general, parece que la gran mayoría de donantes suelen estar satisfechos de su decisión y si pudiesen lo volverían a hacer¹⁵. A este principio de no maleficencia se ha de hacer una salvedad: aunque existen numerosos estudios sobre el seguimiento a largo plazo de donantes¹⁶, el aumento de la esperanza de vida implica el riesgo de que estos donantes puedan acusar la falta del órgano a muy largo plazo. La **Justicia** implica acciones o tratamientos adecuados, equitativos e imparciales hechos por o debidos a las personas. En el tema en concreto del trasplante se

12 [http://www10.gencat.net/catsalut/occatt/ca/htm/ \(10/10/06\)](http://www10.gencat.net/catsalut/occatt/ca/htm/ (10/10/06))

13 Walton-Moss BJ, Taylor L, Nolan MT. Ethical analysis of living donation. *Prog Transplant*. 2005 Sep; 15 (3):303

14 Gracida, et al. Kidney transplantation with living donors: nine years of follow-up of 628 living donors. *Transplant proc*. 2003; 35:946

15 Guía del donante vivo. Trasplante de riñón. Publicaciones de Roche Farma 2005

16 Nararian JS et al. A 20 yrs or more of following-up of living kidney donors. *Lancet* 1992. 340:807

refiere a la justicia distributiva, particularmente aplicada a la insuficiente oferta de órganos procedentes de donante cadáver. Se ha de tener en cuenta que una donación en vivo facilita la movilidad de la lista de espera, por lo que beneficia no sólo al receptor de ese órgano, sino también a los demás individuos pendientes de un trasplante de cadáver.

Por último es fundamental que se respete la **Autonomía** de donante y receptor. La autonomía del paciente en los procesos de decisión ha adquirido progresiva importancia en las últimas décadas y en la relación clínica anglosajona aparece como un principio determinante. El principio de autonomía reconoce la capacidad de decisión del paciente en materias de su salud y deriva de la capacidad de autogobernarse en otros planos. Sin embargo, siempre existen algunas limitaciones en su aplicación, referidas a la capacidad del paciente, su subrogación, la información y comprensión, la plena libertad en su ejercicio y el contenido concreto de las decisiones del paciente para lo que se hace imprescindible el consentimiento informado¹⁷ cuyos elementos fundamentales son la competencia o capacidad para comprender, decidir y comunicar; poseer toda la información relevante; comprender dicha información; elegir libremente y consentir. Frente a este principio se sitúa el temor de que algunas decisiones puedan no ser realmente voluntarias y que la comprensión de la información puede ser limitada¹⁸.

Parece fundamental garantizar esta autonomía y asegurarse de que el acto de donar está libre de coacción ya que la presión sobre el donante la pueden ejercer todos los agentes implicados en el proceso, incluida la sociedad¹⁹. Actuar adecuadamente para que el donante no se sienta coaccionado implica:

Por parte del Receptor. En el caso de un adulto la actitud del receptor condicionará al donante, en general, con la información disponible en cualquier medio de comunicación se sabe lo suficiente sobre el trasplante para que no sea necesaria una petición por parte del receptor, si tiene que pedir la espontaneidad de la decisión de donar es muy cuestionable. Otras actitudes pueden condicionar la donación y es necesario que el donante disponga de todos los datos que le ayuden a calibrar su decisión. Que el enfermo no magnifique su

17 Lorda PS. El consentimiento informado: historia, teoría y práctica. Ed. Tricastela. 2000. Madrid

18 Fehrman-Ekholm I, Gabel H, Magnusson G. Reasons for not accepting living kidney donors. *Transplantation*. 1996. 61 (8): 1264

19 Drug R. The ethics of organ donation by living donors. *New Engl. Journ. Med*. 2005.355 (5): 444

sinomatología, que se muestre positivo respecto al futuro, que no muestre preferencias respecto a quien debe ser el donante, sin duda facilitarán el proceso. El receptor es el mayor responsable de mantenerse en las mejores condiciones posibles, practicando sus autocuidados con esmero²⁰ y es moralmente responsable de asegurar el altruismo de la donación.

El Núcleo Familiar puede ejercer presión sobre cualquiera de sus miembros, y, al igual que el receptor, no necesita pedir si la donación es espontánea. Optimismo ante la situación, no dividirse (el consejo de familia puede ser muy útil) y respetar las opciones individuales son elementos imprescindibles para evitar tensiones y malos entendidos. Seguir fielmente las indicaciones de los profesionales y procurar no recrear la situación una vez tomada la decisión, evitando recuerdos morbosos o reproches tardíos, ayudarán a volver a la normalidad con más facilidad²¹.

El Equipo de Salud suele actuar con unas pautas consensuadas que incluyen el unificar la información, evitando opiniones personales y garantizando la confidencialidad. El estudio clínico del donante incluye su perfil psicológico²², siendo también necesario obtener otros datos sobre aspectos sociales y otra información más subliminal, a veces, difícil de obtener. En ocasiones, sólo la experiencia y empatía de las personas encargadas de estudiar al donante, de acompañarlo y de cuidarlo durante el proceso pueden garantizar que el donante está libre de coacción. Es difícil ser totalmente imparcial en temas en los que intervienen los resultados de nuestro trabajo, en los que cuentan datos tan objetivos como el número de intervenciones realizadas por un equipo. En ocasiones deben olvidarse, ante una posible donación de vivo, objetivos, tanto institucionales como personales respecto a la de actividad asistencial, desarrollo científico, o financiación.

El momento adecuado para informar sobre una posible donación de vivo no siempre es el mismo, ya que dependerá de la situación clínica del paciente; predecir la progresión de la insuficiencia renal puede resultar difícil. Una información muy temprana puede quedar desfasada por un curso clínico no previsible, mientras que muy tarde siempre será más traumática y más difícil de asimilar.

20 Andreu L, Force E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. 2ª ed. 2001. Masson. Barcelona.

21 Triet S. Implicaciones psicosociales para donantes vivos emparentados. EDTNA/ERCA Journal. 2000; XXVI (3):4.

22 Perea M. et al. Aspectos éticos y legales del trasplante renal de donante vivo. Gestión y coordinación del proceso de donación de vivo. Arch. Esp. Urol. 2005 58; (6):491.

Los controles a los que se someten las personas con insuficiencia renal en fase de progresión se están regulando, ya que cada vez es más frecuente la detección precoz y el seguimiento. Ofrecen ventajas en cuanto a enlentecer el curso de la enfermedad y preparar psicológicamente al enfermo y a su familia. La enfermería tiene una importante labor educativa y de asesoramiento en las consultas de enfermedad renal crónica avanzada²³. Este sería un marco idóneo para informar de forma paulatina sobre cualquier opción terapéutica que incluya el trasplante de vivo y que facilitará el proceso de decisión.

La Sociedad en general también puede ejercer muchas formas de presión sobre el donante, concretamente, los medios de comunicación cuando, no respetando la privacidad imprescindible en estas situaciones, en ocasiones divulgan noticias, a veces plagadas de inexactitudes, sobre donaciones “heroicas”, comercio de órganos o peticiones individuales que se ha demostrado no hacen más que restar credibilidad al proceso²⁴. La responsabilidad de la Sociedad radica en fomentar la donación de cadáver²⁵ y proporcionar al donante las garantías necesarias para que el proceso le ocasione las mínimas molestias, asegurando al donante las prestaciones necesarias, facilidad para obtener la incapacidad laboral transitoria y resolviendo otros problemas prácticos como limitaciones en seguros de vida. Las asociaciones de donantes cumplen una importante labor social, proporcionando información y defendiendo los intereses de los donantes; para su buen funcionamiento deben ser reconocidas y apoyadas por las estructuras del estado, tanto moral como económicamente. No solo la sociedad tiene que apoyar al donante en el futuro, es necesario que el equipo de salud garantice su seguimiento clínico²⁶ y que el donante adopte actitudes responsables respecto a su nueva forma de vida, cumpliendo cuidadosamente los consejos médicos, y llevando una vida “sana”²⁷ en la que la gratitud al donante forme parte de la relación de afecto y respeto que ya tenían antes del trasplante.

Ante la donación altruista de un órgano parece que garantizando la autonomía del donante no se plantean problemas éticos, incluso aunque no medie

23 Gutierrez JM et al. Evaluación de la intervención: enseñanza; grupo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. Libro de comunicaciones presentadas al XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. SEDEN. Hospital. 2006. Barcelona.

24 Matesanz R. Donación de órganos y medios de comunicación. EDTNA/ERCA Journal 1996; XXII (2):14

25 Domínguez JM, Casbona I. La promoción de órganos y tejidos. <http://donacion.organos.ua.es> (20/10/06)

26 Borchardt KA et al. Renal function and glomerular permselectivity late after living related donor transplantation. Transplantation. 1996; 62 (1): 47

27 Andreu. Force. La Enfermería y el trasplante de órganos. Panamericana. 2004. Madrid

28 Taber S. ULTRA, seis años de experiencia. EDTNA/ERCA Journal 1997; XXIII (2):5

entre donante y receptor relación de consanguinidad²⁸ pero no ocurre lo mismo ante una posible ¿donación? (la palabra donación se define como: liberalidad de alguien que transmite gratuitamente algo que le pertenece a favor de otra persona que lo acepta²⁹) remunerada. La misma OMS reconoce que “*La autonomía y el consentimiento pueden estar condicionados por la coacción económica y el estado de necesidad*”³⁰. Aunque las leyes de muchos países son taxativas a este respecto y las más altas instancias de la salud condenan el comercio de órganos, las necesidades básicas insatisfechas y los intereses de los más poderosos se complementan para que, bordeando la Ley, la compra de un órgano no vital sea una realidad social³¹.

Es plausible que una persona con cierta disponibilidad económica que viva en un país donde legalmente sólo se admite una donación altruista y que tenga pocas opciones de recibir un órgano de inmediato, viaje a otro país donde si es factible pactar mediante una retribución económica la cesión de un riñón. El donante puede estar en buenas condiciones de salud, aceptablemente informado sobre el proceso del trasplante, probablemente se le hará una nefrectomía tradicional, sin un seguimiento clínico a largo plazo. Parece que en este caso se garantizaría su autonomía, sobre todo si se plantea una situación no de extrema necesidad, sino que, simplemente, la motivación sea mejorar su nivel de vida. Para que este proceso sea factible, sin duda, el receptor necesita de cierta colaboración profesional en su país de origen, que puede incluir contactos, estudio pre trasplante y seguimiento posterior. Esta puede ser una situación real, que se da en muchos países sanitariamente avanzados, sin duda, en estos casos, los valores fundamentales y aspectos legales están cuestionados y la implicación de los profesionales debe redefinirse.

Como conclusión, para garantizar que se cumplen los valores básicos de la donación en el trasplante de órganos, es imprescindible garantizar la autonomía del donante, mientras que, a la espera de acontecimientos sociales futuros, los profesionales sanitarios continuamos inmersos en el siempre complejo debate que ocasiona el comercio de órganos.

Quizás la mejor expresión de los que realmente significa el acto generoso de

la donación sean estas palabras: ***“yo amo a esta persona; no quiero verla morir ni sufrir; está en mis manos ayudarla con poco riesgo para mi; si vive con mi donación seré muy feliz; si perece o sufre gravemente moriré yo en parte con ella y sufriré mucho también; por lo tanto, debo y quiero donar”***

Testimonio de un donante

²⁹ Diccionario de la real Academia de la Lengua.

³⁰ OMS. Documento 57/17/2004

³¹ Commercially motivated renal transplantation: results in 540 patients transplanted in India. The living Non- Related Renal Transplantation Study Group. Clin Transplant 1997; 11 (6):536

SOLIDARIDAD Y JUSTICIA EN LOS TRASPLANTES CON DONANTE VIVO

Dra. Lydia Feito Grande

Profesora de Ética. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

La donación de órganos es considerada una acción altruista y desinteresada que promueve el bien del otro humano desde una perspectiva de solidaridad y bien común. Resulta obvio que existe en esta actitud una doble dimensión: la referente a un acto que no espera beneficio o contrapartida algunos y que, por tanto, es gratuita y benevolente; y la referente a una clásica obligación moral de reciprocidad expresada en la Regla de Oro. En el primer caso se trata de una auténtica acción desinteresada, mientras que en la segunda late un principio básico de la convivencia humana, el que busca la asistencia mutua en situación de necesidad, y el reconocimiento del otro como alguien con dignidad, vulnerable, e igual a mí. Es precisamente su igualdad la que reclama hacerse consciente de que su dignidad exige respeto y una actitud que no puede ser de indiferencia, y de que su vulnerabilidad solicita una ayuda y colaboración.

La donación es siempre una obligación de máximos, un deber supererogatorio, es decir, algo que puede exigirse una persona a sí misma, como ejercicio de sus valores y convicciones personales, pero que no puede serle impuesto ni solicitado bajo presión o coacción por nadie externo, pues esto supone una ingerencia en su moral privada y en su libertad de elección.

Sin embargo, es evidente que los entornos familiares y afectivos ejercen una suerte de coacción bienintencionada y benevolente, en la que se plantean exigencias bajo la justificación de un deber basado en lazos de cariño, y también en el cumplimiento de roles que, presumiblemente, se han aceptado de modo voluntario. De ahí que sea en este entorno en el que las obligaciones personales se convierten en objeto de exigencia, limitando la libertad de los individuos.

Tal forma de coacción es difícilmente evitable, pero es absolutamente necesario intentarlo, en aras de defender la libertad de las personas implicadas, que ya sufren la presión psicológica que a sí mismos se imponen.

La autonomía y el ejercicio del consentimiento informado parecen ser las claves para resolver este problema. Sin embargo, a nadie se le oculta la dificultad de la cuestión y la inevitabilidad de una cierta pérdida de autonomía. Más aún, como destaca T.L. Beauchamp hablando de la venta de órganos, pero destacando una cuestión que es aplicable a la donación, «La cuestión no es si aquellos que venden sus riñones son *enteramente* libres de influencias manipuladoras o coercitivas, sino si son *suficientemente* libres como para que se les permita actuar autónomamente.»¹ Es decir, aunque no se puedan encontrar mecanismos que garanticen completamente la libertad de los individuos al ser donantes, sí debe hacerse todo el esfuerzo que sea posible por asegurar que quienes donan son “suficientemente” libres al hacerlo.

A todo esto ha venido a responder la manera de abordar estas decisiones en la actualidad: se diferencia el proceso de información del de toma de decisiones, concediendo así un tiempo al donante, necesario para que pueda realizar una evaluación ponderada y pausada sobre su decisión, ofreciéndole la posibilidad de reconsiderar su primera decisión y retractarse o ratificarse en la misma, y ofreciendo salidas (como razones alternativas para una negativa, cuando la decisión de no ser donante, por ejemplo por miedo, pueda ser mal entendida) para que su legítima y libre decisión sea respetada por las personas de su entorno familiar sin menoscabo de su estima.

Por otro lado, el valor básico que sustenta el proceso de donación-trasplante es la finalidad de salvar vidas. Queda pues, esta acción, amparada bajo el principio bioético de no maleficencia, que no sólo salvaguarda la integridad y la vida de los sujetos por medio de obligaciones negativas, sino que garantiza el ejercicio adecuado de los mínimos exigibles, por medio del establecimiento de obligaciones positivas que configuran la llamada *lex artis*.

No obstante, aunque la finalidad sea noble y legítima, conviene analizar si los medios que se emplean para lograrla también lo son, y sobre todo, si han de establecerse algunas cautelas en el proceso, en aras de defender otros valores también implicados. Así, es importante observar que la finalidad terapéutica

(salvar vidas) es diferente de la mejora de la calidad de vida como finalidad, que, siendo obviamente defendible y deseable, puede no ser exigible, dependiendo de otros bienes o valores que puedan verse afectados o dañados. De modo similar, la idea de salud y de derecho a la misma, que se advierte presente en este proceso de donación-trasplante, no puede dejar de lado el hecho de que, en la donación de vivo, existe un daño real y efectivo al donante, que habrá que evaluar con cautela. Y también es pertinente señalar que entre los valores en juego está la preocupación por la necesidad de proteger a los seres vulnerables de los posibles daños, lo cual, como se verá a continuación, tiene consecuencias relevantes para el tema que nos ocupa.

En lo que sigue trataré de mostrar brevemente cuáles son los argumentos que sustentan la tesis fundamental que voy a defender: el proceso de donación-trasplante puede entenderse adecuadamente a la luz de la **responsabilidad**, entendida como compromiso ético ante la vulnerabilidad.

LA RESPONSABILIDAD ANTE LA VULNERABILIDAD

En el mundo actual hay una categoría ética que se ha convertido en el elemento esencial de toda reflexión en cuestiones aplicadas: la idea de responsabilidad. Siendo este concepto de difícil definición, se tiende a insistir excesivamente en un análisis de consecuencias. Así, se suele considerar que la responsabilidad hace referencia a la imputación de un acto, o lo que de él se deriva posteriormente, a una persona. En tal caso, está muy cercano a la idea de culpabilidad, y se refiere casi exclusivamente a los resultados negativos.

Sin embargo, los últimos tiempos han sido muy fructíferos en la reflexión sobre la responsabilidad, principalmente a causa de la percepción creciente de la magnitud de nuestro poder de destrucción. A estas alturas y conocido nuestro potencial científico y tecnológico, sería ingenuo pensar que los seres humanos podemos actuar sin analizar no sólo cuáles son las consecuencias de nuestras intervenciones, sino también qué tipo de valores se promueven o se impiden con ellas, y qué clase de opciones de vida son facilitadas o dificultadas por ellas. De ahí que haya cobrado especial importancia la afirmación de que existe una correlación necesaria entre el incremento de nuestro poder y el incremento de nuestra responsabilidad.

¹ T.L. Beauchamp (2003) «Methods and principles in biomedical ethics» *Journal of Medical Ethics* 29 pp.269-74.

Pero además, con toda esta reflexión, se ha producido un desplazamiento de la idea de responsabilidad como ligada a la “falta” (culpabilidad), hacia un compromiso frente a los riesgos de las víctimas o seres vulnerables. De este modo, la responsabilidad no se da sólo ante las consecuencias perniciosas derivadas de una acción de la que uno es agente, sino que existe una responsabilidad ante el otro humano que se encuentra en una situación de desvalimiento. El otro humano es promovido a objeto de preocupación en la medida de su fragilidad y vulnerabilidad. Es decir, somos responsables de los otros humanos, lo que implica cuidar también del lejano, de aquel con quien no tengo necesariamente vínculos personales, sino “sólo” vínculos de pertenencia a la humanidad. Esto significa que somos responsables sin ser culpables, que no es necesario que se haya cometido una falta o que haya consecuencias negativas de una acción para que haya responsabilidad. La situación de vulnerabilidad origina una obligación de responsabilidad.

Comenta M. Nussbaum que ver a alguien como víctima nos enseña algo sobre la vida: que las personas pueden sufrir daño sin que podamos evitarlo, a pesar de nuestros esfuerzos, lo cual nos mueve a prestar ayuda. Y también que no somos diferentes de la víctima, que también nosotros somos vulnerables y podríamos sufrir el mismo daño, lo cual nos hace pensar qué desearíamos si nos encontráramos en la misma situación. Esta es la base de la Regla de Oro, el mandato moral por excelencia que ha persistido a lo largo de toda la historia de la humanidad. Una constatación que exige educar en la solicitud y la responsabilidad ante el otro, y que nos lleva a la promoción y al cuidado.

Por eso, según esta autora, la sociedad no debería perder el “sentido de la tragedia”, porque «si perdemos este sentido de la compasión trágica por las personas que sufren de modo desigual las desgracias de la vida –incluyendo aquellos que siguen siendo buenos y también los que se vuelven malos– estamos en peligro de perder nuestra propia humanidad.»²

Si prescindimos de la condición de vulnerabilidad y de la exigencia moral de responsabilidad que comporta, olvidaríamos que nuestra condición de agentes morales que reclaman respeto se basa sobre ciertas garantías de protección, sin las que estaríamos perdidos. No basta con establecer los límites de la liber-

tad como no agresión, es preciso promover salvaguardas que nos protejan por ser vulnerables. De ahí que la fragilidad exija la responsabilidad.

Es importante insistir en que la preocupación ética por la vulnerabilidad no es cuestión de “sensiblería”, ni “moral de buenos chicos”, sino el modo adecuado de entender la responsabilidad a la altura de nuestro tiempo. Es una exigencia de que la solidaridad sea el modo de realización de la justicia. Supone, entre otras cosas, no conceder tanta atención a la autonomía y la racionalidad –que son fundamentales, pero no las únicas importantes–, sino también, o preferentemente incluso, afrontar la dependencia y la vulnerabilidad. Estas son sin duda claves presentes en la atención sanitaria que, en el tema de los trasplantes de donante vivo, adquieren una nueva dimensión, al exigir la comprensión de la situación de vulnerabilidad tanto del receptor como del donante. Es un acento diferente, que, asumiendo preocupaciones previas, avanza un paso más, remitiendo a factores culturales y contextuales también diferentes.

Así pues, en el tema que nos ocupa, el ámbito de los trasplantes, podemos entender la responsabilidad ante el sufrimiento de las personas de varios modos:

- asumiendo un deber de atención y cuidado (que estaría amparado por los principios de no maleficencia y beneficencia).
- considerando la especial condición de vulnerabilidad y sufrimiento.
- buscando soluciones viables (como la donación, que se sustenta en la solidaridad).
- exigiendo garantías de equidad (propias del principio de justicia).

O lo que es lo mismo: responsabilidad solidaria ante el vulnerable y responsabilidad por la justicia. Son éstos los dos valores fundamentales que centrarán el análisis: la solidaridad y la justicia.

EL TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE VIVO

Este proceso tiene peculiaridades propias que conviene tomar en consideración:

- se trata de una intervención que presenta riesgos relativamente bajos para el donante (considerablemente inferiores a los del trasplante hepático, por ejemplo).

² M. Nussbaum «Victims and Agents. What Greek tragedy can teach us about sympathy and responsibility.» *Boston Review* <http://bostonreview.net/BR23.1/nussbaum.html>. M. Nussbaum (1995) *La fragilidad del bien. Fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega*. Visor. Madrid.

- el trasplante ofrece una mejor expectativa para el receptor, en comparación con el realizado con órganos procedentes de cadáver (mayor supervivencia del injerto; menor rechazo; menores complicaciones; menor tiempo de espera)³.
- algunos autores apuntan la existencia de un potencial beneficio psicológico para el donante.
- el procedimiento permite una reducción de los costes sanitarios (claramente frente al tratamiento con diálisis).
- la utilización de órganos procedentes de donantes vivos da lugar a una reducción de la lista de espera de trasplantes de órganos procedentes de cadáver.

NO MALEFICENCIA

Actualmente, la percepción de que este tipo de intervenciones comportan bajo riesgo y grandes beneficios da lugar a afirmaciones como la siguiente:

«Si el receptor no dispone de la opción de un posible donante de vivo será incluido en lista de espera de trasplante cadáver...»⁴

La convicción subyacente es que el trasplante con órgano de donante vivo es claramente más beneficioso y, en la medida en que no supone un riesgo extremo para el donante, puede considerarse el tratamiento de elección, siempre que sea posible. Se plantea como una opción terapéutica más, incluso como la más adecuada.

Sin embargo, aunque técnicamente haya argumentos que lo sustenten, esta posición es cuestionable desde un punto de vista ético. En mi perspectiva, la donación de vivo debe ser una excepción y, en cualquier caso, no la primera elección sino quizá la última opción a elegir para un paciente que lo necesite, cuando no haya otras alternativas. La razón principal de esta afirmación es que, de hecho, se produce un daño efectivo al donante: se le extirpa un órgano, lo cual implica una cirugía, una hospitalización, posibles complicaciones, está descrita la hipertensión posterior y un mayor riesgo de sufrir insuficiencia renal. Pero, sobre todo, se produce un daño potencial global: la limitación o dis-

minución de sus posibilidades de supervivencia. Por eso ha de ser no sólo voluntario (teniendo en cuenta que el hecho de que alguien quiera ser dañado no justifica la acción), sino excepcional, agotadas todas las posibilidades alternativas, o al menos justificadas de modo exhaustivo las razones que lo indican frente a otras opciones, porque se vulnera el principio de no maleficencia.

Esta claro que la existencia de un consentimiento por parte del sujeto donante no justifica, por sí misma, el daño que se produce. Aunque la autonomía de los sujetos es esencial y condición necesaria para la donación, no puede ser considerada una condición suficiente, pues remite a una acción maleficente de un tercero. Si en otros ámbitos tenemos importantes reticencias ante la posibilidad de causar un daño a una persona sana, este caso, por más que sea más favorable el cálculo del riesgo, y por tanto más aceptable, no debe eximirnos de las mismas cautelas. Máxime teniendo en cuenta que se trata de un daño que se causa deliberadamente a una persona sana, con un beneficio, que es su finalidad y su legitimación, extrínseco al propio sujeto.

Lógicamente, entran aquí en juego, a nivel personal, argumentos basados en sentimientos y en una concepción de la responsabilidad ante aquellos con quienes tenemos relación afectiva. Sin embargo, los argumentos emotivos no son suficientes. Todos podríamos sentirnos compelidos a ser donantes para quienes queremos, pero es necesaria una valoración más global y objetiva, que plantee la situación de daño y beneficio reales. Es verdad que hay argumentos afectivos muy importantes y que juegan un papel determinante en las acciones y juicios morales, pero si exclusivamente utilizamos este tipo de argumentos podemos dar lugar a situaciones de injusticia por no evaluar adecuadamente la vulnerabilidad.

En mi opinión, el trasplante con donante vivo se justificará cuando sea la única alternativa posible (por no haber órganos disponibles, por situación específica del receptor, etc.), o cuando existan poderosas razones para pensar que los resultados serán considerablemente mejores, en cuyo caso tendrán rango de excepción. En ningún caso afirmo que los trasplantes de riñón con donante vivo no sean legítimos o adecuados, sólo subrayo que es importante establecer cautelas para evitar el daño y para asegurarnos de que no nos guía un exceso de celo en nuestro interés por salvar al receptor, olvidando el daño y los riesgos del donante.

3 Cfr. F.J. Burgos «Trasplante renal de donante vivo» *Clínicas Urológicas de la Complutense* 7 (1999) 661-673.

4 P. Martín, P. Errasti «Trasplante renal» *An.Sist.Sanit.Navar* 2006 vol.29 sup.2 p.82.

El trasplante con donante vivo, por tanto, (1) tiene lugar en situaciones en las que no puede considerarse una obligación de beneficencia, sino de no maleficencia, porque no hay otra opción viable. (2) Se justificará por ser un principio de primer nivel, aunque se lesione otro de igual rango.⁵ Sería realmente difícil justificar que la no maleficencia cediera ante la beneficencia. (3) Es imprescindible para justificar dicha lesión (maleficente), que no obedezca a intereses exclusivamente técnicos, económicos, sociales (u otros no relacionados con el bienestar de los afectados) amparados en la legitimidad moral del fin que persigue (el fin no justifica los medios). Y (4) nunca puede ser exigible. La donación es una obligación imperfecta. La colisión entre los principios de no maleficencia que reclaman tanto el receptor como el donante, exige autonomía por parte del segundo.

Todo esto, insisto, no quiere decir que no hayan de realizarse trasplantes con órganos procedentes de donante vivo, sino que, ya que supone un daño real a una persona sana, han de extremarse las cautelas para proteger a los donantes, evitar dañarlos siempre que sea posible, minimizar el sufrimiento y riesgos que puedan padecer, y considerar esta opción siempre como una excepción.

En todo caso es preciso asegurar siempre:

- la necesidad real del uso del órgano de donante vivo (agotar todas las otras posibles opciones).
- garantías técnicas.
- buena selección de candidatos.
- rigurosa información.
- evaluación de la comprensión del riesgo por parte del donante, evaluación de su libertad de elección, evaluación de la voluntariedad de su consentimiento.
- consentimiento informado y voluntario de ambos (receptor y donante).

A todo esto se puede añadir que la donación de órganos de vivos, aun siendo una buena opción, no es la óptima ya que, como se ha dicho, produce un innegable daño. Sería deseable fomentar la investigación de otras alternativas

que, con similares resultados beneficiosos para los receptores, evitaren el recurso al daño de una persona sana. Aunque esta posibilidad aún pueda parecer remota, no es desdeñable y deben hacerse todos los esfuerzos posibles para su desarrollo, evitando la complacencia en el sistema de trasplante con órganos de donantes vivos. Potenciar la donación de vivos en lugar de promover la investigación de otras posibilidades que puedan resolver el problema de la disponibilidad de órganos para trasplantes, como el potencial de las células troncales, resulta un acto hipócrita, pues defiende un daño efectivo y real a una persona por salvaguardar otros bienes.

El daño ha de evitarse siempre. Al menos siempre que sea viable. Es necesario hacer todo lo posible por buscar alternativas, y alejarse de la “fácil” salida del altruismo privado de los ciudadanos (como la donación de vivos o como, en otro ámbito más socio-político, se resuelven muchos problemas a través de las organizaciones no gubernamentales).

SOLIDARIDAD Y JUSTICIA

La donación es un acto desinteresado que busca el bien del otro humano. Puede realizarse (a) por amor, en el caso de la donación a un familiar o un ser querido. En tal caso exige que se haga una evaluación de la presión psicológica y moral que pueda sufrir el donante, ante la situación en su entorno; o (b) por solidaridad, en el caso de la donación a extraños. Este caso es menos frecuente y exige una evaluación de los condicionantes psicosociales que pueda sufrir el donante.⁶

En ambos casos, el requisito imprescindible es la voluntariedad: La donación ha de ser necesariamente voluntaria (es una obligación imperfecta) y exige autonomía. Esto implica asegurar la ausencia de presión o coacción, asegurar la capacidad de decisión y comprensión de los riesgos y posibles consecuencias por parte del donante, y asegurar la voluntariedad y la libertad. Cabe preguntarse si es posible obtener tales garantías. En buena parte de los casos, siendo la donación hacia un ser querido, es inevitable una cierta presión moral

⁵ Al hablar de “principio de primer nivel” me refiero a la jerarquización de los principios de la bioética propuesta por Diego Gracia, en la cual se considera que, aun siendo todos ellos igualmente obligatorios, los principios de no maleficencia y justicia se refieren a obligaciones perfectas que, por tanto son exigibles y cuyo cumplimiento es inexcusable, siendo preferentes en caso de colisión con los principios de segundo nivel (autonomía y beneficencia). Cfr. D. Gracia *Fundamentos de Bioética*. Madrid. Eudema. 1989.

⁶ Empieza a darse el denominado trasplante “dominó” en el que un donante que quiere ayudar a un ser querido, y cuyo órgano es incompatible con él, ofrece su órgano a un extraño a cambio de otro órgano compatible para su ser querido o ciertos beneficios para el mismo en la lista de espera. En este caso estaríamos ante una donación por amor que, sin embargo, de facto se convierte en una donación por solidaridad.

o afectiva. Como se mencionó anteriormente, al menos hay que asegurarse de que el donante tiene “suficiente” libertad a la hora de tomar la decisión.

En el acto de donación hay daño (por mínimo que éste pueda ser), y no hay beneficio para el donante. Aunque algunos autores apuntan a un potencial beneficio psicológico, derivado de la realización de una acción altruista, capaz de salvar una vida, y con el incentivo de que la persona que sana es un ser querido. Incluso se apunta una mejora de la calidad de vida del donante, si éste tiene una relación cercana con el receptor, a quien ha debido cuidar o con quien ha padecido la situación y que ahora disfruta también de la mejora sustancial de la vida del receptor. Con todo, este tipo de valoraciones son siempre específicas de cada individuo y difícilmente utilizables como argumento que sirva para equilibrar el balance entre riesgo y beneficio. El beneficio es, principal y directamente (en muchos casos, exclusivamente), para el receptor. Esto puede hacernos pensar que el donante, que ejecuta un acto moralmente admirable, es, sin embargo, el más desfavorecido, lo cual podría justificar un mecanismo de “compensación” (económica).

Conviene indicar que la compensación es diferente del pago. En la compensación se asume la necesidad de resarcir por un mal o desventaja que alguien ha tenido que sufrir, de modo que supone un sistema justo de “equilibrado” frente al daño recibido, en ausencia de beneficio. En el pago se considera que hay una contraprestación económica por una acción, en donde se cuantifica de algún modo el bien o servicio prestado. En este caso el sistema supone una relación comercial, formal o no, y sus reglas son las de los contratos mercantiles. La compensación económica al donante (o el establecimiento de salvaguardas especiales por el daño que se le produce) puede estar justificada (o incluso ser exigible en justicia) y no por ello legitimar el mercado (pago).

Hay quienes defienden, sin embargo, un mercado “legal” de órganos (controlado y confinado). En este caso no se trataría de una compensación, sino de un pago establecido, con unas reglas específicas que evitarían los abusos. Este tema está suscitando un intenso debate ético en Estados Unidos, que ya empieza a extenderse también a Europa y a otras partes del mundo.

Una primera aproximación a esta cuestión es de índole “esencialista”: El cuerpo humano, en el derecho romano, era considerado una *res extra com-*

mercium, esto es, algo que no puede quedar sujeto a las leyes del mercado, por contraposición a la *res in commercio* que es susceptible de compra-venta. Una distinción que también utilizará I.Kant al considerar que el ser humano “tiene dignidad y no precio” y, por tanto, merece respeto. Desde este punto de vista, cualquier acción comercial en la que el objeto de transacción sea el propio cuerpo sería considerada inmoral.

A esto cabe añadir que, aunque se hable del comercio del cuerpo, en realidad el cuerpo no es dissociable del alma, pues esto supondría defender un dualismo insostenible, de lo que se deduce que se comercia con personas. Sería incorrecto, pues, atentar contra la dignidad de las personas, pero aun observando este principio, se podría argüir que si la acción es voluntaria estaría justificada. Quienes así argumentan no atienden al hecho de que, desde el punto de vista social, no puede admitirse atentar contra la dignidad ni aunque la persona lo solicite voluntariamente. Según el modelo kantiano, seguiría siendo una forma de explotación, aunque sea de uno mismo. La mera voluntariedad no legitima el acto, ni le libra de su invalidez moral. Y ante quienes estuvieran tentados de replicar con la facticidad, afirmando que en nuestro mundo se comercia con personas, cabría contraargumentar fácilmente puesto que se haga de hecho no significa que sea adecuado ni correcto. Es cierto que todos nos “vendemos” de algún modo, pero como Kant afirma, la clave reside en tratar a las personas “no SOLO como medios”.

Los donantes de órganos son, habitualmente, familiares o allegados, además de por razones técnicas (que no parecen tan sólidas, conforme los resultados van demostrando), para evitar el comercio o cualquier formato que pudiera encubrir una relación forzosa o de desigualdad. Sin embargo, siempre es posible pensar en una acción altruista que vaya más allá de las relaciones familiares, una donación a extraños, marco en el que habitan las acciones de mayor solidaridad, pero también en el que es más fácil pensar en transitar hacia la relación comercial.

Una segunda aproximación, desde el punto de vista de la justicia y la vulnerabilidad, es, en mi perspectiva, más adecuada para el análisis del comercio de órganos. La venta de órganos se rige por criterios económicos y no por valores de solidaridad o altruismo desinteresado. No obstante, quienes han de vender un órgano están siempre en condición de necesidad. Tal situación puede

incluir una acción solidaria del individuo ante sus allegados necesitados. Es decir, puede darse la paradójica realidad de que alguien se vea obligado a vender sus órganos para salvar a su familia de la miseria. En tal caso, a pesar de ser una acción regida por las reglas del mercado, tiene como fin último una acción altruista.

Es preciso subrayar, teniendo en cuenta esta realidad, que **quien vende sus órganos es una víctima**, pues no lo hace sino movido por la necesidad (salvo excepciones más que cuestionables), y como tal, además de convertirse en paciente, está en una especial condición de vulnerabilidad.

La venta de órganos supone explotación, pues siempre serán los pobres los que vendan y los ricos los que compren. Por más que haya quien defienda que puede darse un comercio “abierto” en el que, libremente, las personas vendan y compren órganos en condiciones de igualdad, parece ingenuo no pensar que la realidad sería muy diferente, y que siempre serían los más desfavorecidos, los más vulnerables, quienes se verían obligados a vender sus órganos, y quienes sufrirían las consecuencias, mientras que las personas (o sociedades) acomodadas serían quienes se beneficiarían.

Defender el libre mercado de órganos (si bien con salvaguardas del estado para garantizar un mínimo de control de la explotación) supone considerar que la mejor sociedad es aquella en la que cada uno vela libremente por sus propios intereses. Sin atender a la realidad de los más desfavorecidos de la incapacidad para competir en ese mercado.

Considerar que los incentivos económicos son tan buenos como cualquier motivo moral para ceder un órgano implica:

- no atender a las situaciones de vulnerabilidad de los posibles “vendedores”.
- resolver un problema dramático (la escasez de órganos) con otro problema igualmente malo: el daño que se produce a personas sanas.
- rebajar el valor de la donación.

Todo ello, no obstante, no convierte en inmoral, necesariamente, la compra-venta de órganos. Puede ser un acto moralmente legítimo si es voluntario y

ambas partes acceden libremente. Tal es la base de cualquier sistema mercantil. No obstante, puede que sea legítimo, desde el punto de vista de los principios (ya que no conculca ningún derecho, ni atenta contra las personas), y que, sin embargo, no sea deseable (o incluso ser moralmente aborrecible) porque fomente alguna forma de explotación (que ciertamente no es exclusiva de este mercado, si bien aquí, por las razones apuntadas, sea especialmente llamativa). En tal caso estaremos planteando su ilegitimidad desde el análisis de sus consecuencias.

Afirma J.L. Velázquez que «Al pobre se le condena dos veces cuando se le prohíbe vender sus órganos y cuando no se hace nada para reducir su miseria.»⁷ Es cierto que la clave está en reducir su miseria, ya que es la causa de la venta de órganos (la pobreza) lo que hay que erradicar. Pero si el pobre tiene que vender sus órganos se le condena dos veces, por explotarlo y por producirle un daño irreversible.

Por supuesto, todo esto se complica si añadimos las características que tendría que tener ese mercado: si fuera un mercado legal, ¿cómo habría que regularlo?; ¿habría unos precios mínimos y máximos determinados por el estado?; ¿tendría que establecerse a nivel internacional (lo que genera un notable problema por las diferencias socio-económicas y también por las diferencias culturales) o a nivel nacional (en cuyo caso tendríamos que abordar la definición del ciudadano de un país como clave para determinar quiénes pueden participar)?; ¿sería de hecho factible este límite nacional para los trasplantes?; ¿sería posible pensar en que los presos y otras personas en situaciones especiales pudieran entrar en el mercado de órganos? ¿con qué límites?; ¿podrían los inmigrantes vender y comprar órganos en las mismas condiciones que los ciudadanos nativos?; ¿cómo sería el proceso de compra-venta: anónimo o personalizado, individual o con agencias reguladoras?, etc.

Y quizá, si aceptáramos la existencia de un mercado legal de órganos, nos veríamos obligados a aceptar también otros “mercados”, como la venta de órganos como vía para la redención de pena en los presos; la venta de los órganos de condenados a muerte (como ha ocurrido en China, generando un “turismo de trasplantes”); u otras situaciones imaginables de dudosa calificación ética.

7 J.L. Velázquez “El mercado ético de hígados” *Jano* 2004; LXVI (1521): 94-95

Obviamente, este debate que ha cobrado gran vigencia en Estados Unidos, no es directamente extrapolable a nuestro ámbito. El modelo norteamericano y el europeo no son comparables, en primer lugar, porque sus concepciones morales son diferentes: el modelo anglosajón es de corte consecuencialista, mientras que el modelo europeo, más influido por una perspectiva racionalista, se decanta por el principialismo. En segundo lugar, porque la jerarquización de los valores en juego también es distinta: la autonomía es el elemento esencial en el modelo norteamericano, donde la perspectiva es más individualista, mientras que la justicia social es, en nuestro contexto, la clave de la acción moral. Y en tercer lugar, porque los sistemas sanitarios también son diferentes: un modelo privado-restringido frente a un modelo público-universal.

Se trata, pues, de modos diferentes de entender la justicia, que encuentran su raíz en convicciones muy profundas de los ciudadanos de uno y otro lugar. Además, la situación en nuestro territorio es muy diferente de la norteamericana, ya que estamos en el primer lugar en donaciones de órganos. Nuestro sistema sanitario tiene claro que la asistencia ha de ser universal e imparcial, y el comercio de órganos destruiría este sistema. Si se está planteando la posibilidad del mercado de órganos es tan sólo por razones pragmáticas, que no son convincentes.

Por otro lado, como se ha dicho, existen alternativas potenciales como la investigación con células madre. Potenciar la investigación y acelerar la obtención de resultados parece una opción mucho más defendible que abrir la posibilidad del mercado de órganos, que podría generar una flagrante y demoladora injusticia social. El mercado siempre favorecerá a los ricos y dejará desprotegidos y en situación de mayor daño a los desfavorecidos.

Nuestra idea de solidaridad está anclada en valores de convivencia, compartiendo mínimos de justicia, que son afines a nuestra cultura, por eso no es comprensible la idea del mercado de órganos (ni siquiera si fuera legal) pues subvierte la convicción de la igualdad de los seres humanos y del compromiso moral (responsabilidad) que todos tenemos con el resto de las personas.

CONCLUSIONES

Después de este breve análisis, cabe extraer algunas conclusiones:

Dado el gran beneficio que puede obtenerse de esta técnica y el riesgo moderado que presenta, el proceso de donación-trasplante con órganos procedentes de un donante vivo es éticamente aceptable, si bien requiere una prudente y pormenorizada evaluación, y una extrema cautela ante esta opción que ha de justificarse como excepcional. En este sentido, por las razones apuntadas, es criticable la promoción de la donación de vivo como la alternativa más adecuada para resolver el problema de la escasez de órganos.

Obviamente, en ningún caso se juzgan aquí las decisiones privadas que las personas tomen respecto a la donación y los trasplantes. Ello supondría incurrir en una falta de respeto a la autonomía y la libertad de los individuos. Todo lo dicho se refiere a la dimensión socio-política que afecta al proceso de donación-trasplante, es decir, al marco y a las reglas que determinan cómo ha de darse dicho proceso. A nivel personal es admirable la acción de un donante, a nivel social (institución sanitaria, política sanitaria) es preciso establecer cautelas para evitar el daño, tanto al receptor como al donante.

Sí me situaría, sin embargo, en contra de asimilar el modelo norteamericano que promueve el mercado y la defensa de un modelo liberal por razones pragmáticas (posibilitando así poder considerar aceptable el comercio de órganos), en lugar de la justicia social y una garantía universal de acceso a los bienes de salud, basada en la idea de solidaridad.

La donación de vivo exige observar la no-maleficencia y la justicia como salvaguarda de los valores que reclama la responsabilidad, entendida como compromiso ético ante la vulnerabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- M.P. Altes, P. Aonso, H. Abadia, L. Izquierdo, F. Oppenheimer, R. Alvarez-Vijande (2005) «Evolución del trasplante renal de donante vivo: datos históricos, estadísticos, nacionales y propios» *Arch. Esp. Urol.* 58, 6 pp.497-501.
- L. Burrows (2004) «Selling organs for transplantation» *Mount Sinai J. of Medicine* vol.71, n.4 pp.251-4.
- A. L. Caplan (2004) «Transplantation at any price?» (Editorial) *American Journal of Transplantation* 4 pp.1933-4.
- J.F. Childress (2006) «How can we ethically increase the supply of transplantable organs?» (Editorial) *Annals of Internal Medicine* 145, 3 pp.224-5.
- Ethics Committee of the Transplantation Society (2004) «The Consensus Statement of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor» *Transplantation* 78, 4 pp.491-2.
- C. Felipe, F. Oppenheimer, J.J. Plaza (1999) «Trasplante renal de donante vivo: una opción terapéutica real» Documento de Consenso. N°11 Organización Nacional de Trasplantes.
- M.M. Friedlaender (2003) «The role of commercial non-related living kidney transplants» *J. Nephrol.* 16, Supl.7 pp.s10-s15.
- L. Friedman (2006) «The ethical limits in expanding living donor transplantation» *Kennedy Institute of Ethics Journal* 16, 2 pp.151-72.
- T. Gutmann & W. Land (1999) «Ethics in living donor organ transplantation» *Langenbeck's Archives of Surgery*. Overview Topics.
- Hoyer, P.F. (2006) «Commercial living non-related organ transplantation: a viewpoint from a developed country» *Pediatr. Nephrol.* 21. pp.1364-8.
- B.S. Kaplan & K. Polise (2000) «In defense of altruistic kidney donation by strangers» *Pediatr. Nephrol.* 14 pp.518-22.
- H. Koller & G. Mayer (2004) «Evaluation of the living kidney donor» *Nephrol. Dial. Transplant.* Vol.19 Supl. 4 pp.iv41-iv44.
- B. Larijani, F. Zahedi, S. Ghafouri-Fard (2004) «Rewarded gift for living renal donors» *Transplantation Proceedings* 36 pp.2539-42.

- Live Organ Donor Consensus Group (2000) «Consensus Statement on the Live Organ Donor» *JAMA* 284, 22 pp.2919-26.
- P. Martín, P. Errasti (2006) «Trasplante renal» *An. Sist. Sanit. Navar.* Vol.29 Supl.2 pp.79-91.
- K. Martinez (2006) «Algunos aspectos éticos de la donación y el trasplante» *An. Sist. Sanit. Navar.* Vol.29 Supl. 2. pp.15-24.
- M.E. Olbrisch, S. Benedict, D.L. Haller, J.L. Levenson (2001) «Psychosocial assessment of living organ donors: clinical and ethical considerations» *Prog. Transplant.* 11, 1 pp.40-9.
- M. Perea, J. Vilardell, M. Manyalich (2005) «Aspectos éticos y legales del trasplante renal de donante vivo. Gestión y coordinación del proceso de donación de vivo.» *Arch. Esp. Urol.* 58, 6 pp.491-6.
- J.E. Scoble & L. Burnapp (2005) «Living donor transplantation in the USA: are there any lessons for Europe?» *Nephrol. Dial. Transplant.* 20 pp.1034-7.
- L. Wright, K. Faith, R. Richardson, D. Grant (2004) «Ethical guidelines for the evaluation of living organ donors» *Can. J. Surg.* 47, 6 pp.408-13.

HUMANIDAD SOSTENIBLE

Koldo Martínez Urionabarrenetxea

Presidente CEA. Hospital de Navarra. Vocal Junta ABFyC

“Las transacciones de órganos hoy son una mezcla de altruismo y comercio; de ciencia, magia y brujería; de voluntarismo y coerción; de regalo, trueque y robo.”

N. Scheper-Hughes, *The Organ of Last Resort*, UNESCO Courier, 2001

INTRODUCCIÓN.

Los trasplantes (Tx) de órganos plantean múltiples cuestiones sobre el significado de la muerte, la constitución de la identidad humana, las fronteras entre los individuos y entre las especies, las diferencias entre la naturaleza y la cultura, el tipo de ciencia biológica y médica que nuestra sociedad desarrolla, etc.¹ Los Tx nos dicen mucho sobre nosotros mismos porque revelan valores culturales que asignamos al cuerpo y a su vez, nos descubren nuevos terrenos sobre los que reflexionar para entender los límites que definen los lazos sociales, y cuestionan muchas asunciones generalizadas sobre la relación entre el cuerpo y la identidad personal.²⁻⁷ En el fondo, estas cuestiones son las que desde siempre forman la médula del quehacer bioético, esto es, las preguntas sobre qué tipo de ser humano queremos ser y cómo queremos vivir los unos con los otros.

Todos los análisis son al fin y al cabo discursos, formas de hablar sobre las cuestiones y preocupaciones. Pero los discursos no son sólo formas de hablar. Son fuerzas activas que influyen en lo que vemos y sentimos. Hasta cierto punto, configuran el tipo de personas en que nos convertimos.⁸ Si en algo nos diferenciamos los seres humanos de otros animales es en que nosotros hacemos juicios morales. Podemos definir un juicio moral como *“el intento de comprensión libre de prejuicios de una cuestión, de sus condiciones y de sus consecuencias, la evaluación de las acciones posibles, y de las que no lo son, la deliberación y la decisión, con sus justificaciones a veces plurales, a veces incompletas”*,⁹ aunque yo personalmente creo que siempre son plurales y siempre, también, incompletas.

Nuestro mundo se encuentra inmerso en un proceso de globalización. Es éste un término utilizado para describir un amplio espectro de procesos y sucesos,

entre los que se incluyen muchos relacionados con el campo de la salud. Lee¹⁰ define la globalización como un proceso que está cambiando la naturaleza de la interacción humana a través de un amplio espectro de esferas (económicas, políticas, socioculturales, tecnológicas y ambientales) y que tiene efecto sobre la salud en la medida en que influye en las dimensiones espaciales, temporales y cognitivas en que nos movemos los seres humanos. Así la globalización de la salud se entiende como un problema global alrededor de un bien esencial, un bien indivisible, un objetivo social deseable, centrado en los valores humanos, enfrentado a la inequidad y apoyado en una conciencia ambientalista y sanitaria de tipo planetario.¹¹ La propia ética sufre los efectos de la globalización aunque ahora no entraré en la cuestión.

Muchos han sido y son los retos científicos, técnicos y éticos a los que se ha tenido que dar respuesta para llegar a la situación actual del Tx. Hoy haré referencia únicamente a los relacionados con la donación y el Tx de vivo pero creo interesante mencionar la importancia del Tx de órganos no vitales, la utilización de células troncales en lo que se ha venido a llamar medicina regenerativa, el xenotrasplante, los injertos artificiales y, finalmente, las nuevas concepciones del cuerpo y de la identidad que todos ellos comportan.

LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE VIVO.

La donación de órganos de vivo (DV) ha sido justificada tradicionalmente alegando distintos factores^{12,13}:

1. El bajo riesgo para el donante.
El trasplante renal de donante vivo presenta una mortalidad del 0,03-0,04% para el donante^{14,15} y la morbilidad no es desdeñable, siendo frecuentes el dolor, la infección de la herida, sangrado, neumotórax, fiebre, neumonía o las infecciones urinarias.¹⁶ Todo ello sin olvidar la pérdida de tiempo de trabajo y sus repercusiones económicas. No es pues de extrañar que, a pesar de que la ley 41/2002 no considera paciente al donante, los médicos lo tratemos como si lo fuera.¹⁷
2. La favorable relación riesgo / beneficio.
Pero no se suele hacer mucho hincapié en que los riesgos y los beneficios

son cualitativamente distintos, lo que los hace difícilmente comparables, y en que, además, los riesgos afectan sobre todo al donante y los beneficios, fundamentalmente, al receptor.

3. El beneficio psicológico para el donante.
Casi todas las series que han estudiado los beneficios de la DV citan los efectos psicológicos positivos de la misma en el donante. Puede ser así. De hecho, uno de los beneficios más directos para el donante puede ser precisamente la compañía del receptor en un mejor estado de salud que el previo al Tx. También la inexistencia de sentimientos de culpa por no haber donado puede mejorar el estado psicológico del donante. Pero los mayores bienestar y autoestima que mencionan las series no se dan en todos los donantes: En algunos estudios, el 4% dice desear no haber donado y el 3% se muestra inseguro sobre si debían haberlo hecho.¹⁸⁻²⁰ También se ha recogido el suicidio de un donante tras la muerte del receptor.²¹ De todos modos, hay que decir con rotundidad que si éste es el beneficio para el donante, hay otros métodos mucho menos arriesgados y más probados para conseguirlo.
4. El altruismo.
El altruismo viene definido en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua como la “diligencia en procurar el bien ajeno aun a costa del propio”. Reflexioné sobre la cuestión en el I Congreso de Bioética y Trasplante y a lo expresado allá me remito.²² Aquí sólo diré que correr riesgos es moralmente muy distinto a animar a otra persona a correrlos, más aún si el animador puede obtener beneficios directos o indirectos de ese otro, y que cualquier sistema de prácticas en el que las personas pueden resultar dañadas debe construirse de forma que minimice esta posibilidad.
5. La autonomía y el Consentimiento Informado.
Es un hecho ampliamente reconocido que la decisión de donar no siempre cumple de manera estricta los criterios éticos requeridos y que además suele estar tomada antes de recibir toda la información pertinente. Hay quienes piensan que la DV es la “única opción” que tienen mientras que otros afirman que la decisión de donar suele estar generalmente basada en sentimientos de obligación moral y de culpa.²³⁻²⁹ Además, determinar qué es un nivel éticamente aceptable de capacidad decisoria para la donación de órganos es una tarea mucho más difícil de lo que a primera vista puede parecer.²⁷

INCENTIVOS A LA DONACIÓN.

El sistema de Tx está basado exclusivamente en el altruismo³⁰, generalmente acompañado de algunos pequeños incentivos económicos y de otro tipo que también han sido criticados por algunos.³¹⁻³³ Algunos autores han sugerido una serie de criterios para que los incentivos puedan ser considerados éticos: Deben preservar el concepto del órgano como un regalo donado; Deben transmitir agradecimiento por el regalo; No deben subvertir ni disminuir el estándar habitual de altruismo; No debe ser excesivo para no pesar de manera definitiva a la hora de donar; Debe preservar la voluntariedad; No debe conducir a una pendiente resbaladiza que alimente la venta de órganos humanos; etc.³⁴

TIPOS DE DONACIÓN DE VIVO.

Hay cuatro tipos teóricos básicos de DV³⁴, aunque cada uno de ellos puede dar lugar a nuevos trasplantes en forma de cascada: 1) La dirigida a un ser querido; 2) La no dirigida, en la que el donante dona un órgano a un conjunto general de enfermos que está a la espera del mismo; 3) La dirigida a un extraño, por la que el donante elige donar a una persona concreta con la que no tiene ninguna conexión genética o emocional previa; y 4) La dirigida o restringida a un miembro de un grupo concreto (racial, religioso, ideológico, etc.) Todas las donaciones potenciales deben ser analizadas cuidadosamente y se deben rechazar aquéllas que generen preocupaciones serias.³⁵ Cada tipo de donación plantea cuestiones éticas diferentes que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar su idoneidad. Todo esto sin olvidar que la ley española prohíbe

*“hacer cualquier publicidad sobre la necesidad de un órgano o tejido o sobre su disponibilidad, ofreciendo o buscando algún tipo de gratificación o remuneración”.*³⁶

Así, las cuestiones éticas generadas por estas donaciones son las siguientes:

1. En la donación dirigida a un ser querido surgen dudas sobre la presión familiar y emocional a la que el donante puede estar sometido.

2. La donación no dirigida evoca problemas distintos: El altruismo radical del donante en estos casos exige un análisis muy escrupuloso para poder discernir si el donante es competente psicológicamente, si busca llamar la atención de la prensa o intenta compensar ideas depresivas o negativas respecto de sí mismo, etc. Los criterios para aceptar estas donaciones han de ser más estrictos que los de las dirigidas a un ser querido porque parece moralmente aceptable que la intimidad genética y/o afectiva puede justificar correr mayores riesgos.³⁷
3. Los casos de donación dirigida a un extraño provocan las mismas preguntas junto con la preocupación por posibles pagos al donante además de la duda sobre la moralidad de la alteración del orden de la lista de espera en la que están los pacientes necesitados de un órgano que esta donación provoca. Por esta razón se han sugerido criterios para este tipo de donación y el ulterior implante de los órganos, que harían de ellos un acto ético responsable y aceptable.³⁸
4. La donación dirigida a un miembro de un grupo concreto de personas plantea además, entre otras, dudas respecto la posible infra o supervaloración de la pertenencia a determinadas organizaciones, la posible pérdida de prestigio de la organización encargada de velar por el buen funcionamiento de las donaciones y los trasplantes, y finalmente, el empeoramiento de las relaciones sociales entre los miembros de los distintos grupos.³⁹⁻⁴¹

En la práctica estos últimos tipos de donaciones suponen que quienes tienen los medios o la historia más llamativa para anunciarse tienden a ser quienes consiguen los órganos, más que los más necesitados de ellos.⁴² Frente a quienes se oponen a los dos últimos tipos de DV, algunos opinan que del mismo modo que somos libres para hacer cualquier tipo de donación a quien queramos, también lo somos para donar los órganos, y que evitarlo es paternalismo mal dirigido.^{43,44} Este análisis quizás valdría si en este tipo de transacción intervinieran únicamente dos personas (en cuyo caso quizás podría bastar, según algunos, con la ponderación de los derechos y de la libertad de ambos participantes así como de la justicia de la transacción), pero en el Tx hay muchas personas, estructuras y valores implicados y afectados. Por ello, se debería rechazar el implante de órganos si los criterios no satisfacen unos mínimos éticos.⁴⁵ Por otro lado, cuando el proceso de donación y trasplante de órganos de

vivo ocurre en un mismo hospital, éste puede verse influido por factores subjetivos que alteren el justo balanceo entre la utilidad y la equidad. Por ello se propone la necesidad de una estructura organizativa que vigile el proceso y una ponderación juiciosa de ambos principios,^{46,47} porque, como afirman algunos autores y el propio Convenio Europeo de Biomedicina, la donación de vivo es siempre un último recurso o al, menos, un recurso excepcional.^{39, 48, 49}

SOLICITUD PÚBLICA DE ÓRGANOS.

Las nuevas tecnologías están permitiendo una hasta cierto punto nueva modalidad de donación de vivo: La que se consigue mediante la solicitud pública de órganos a través de Internet. Es una realidad que en dicho medio ya existen diversas organizaciones con distintas características y reglas de inscripción y funcionamiento, así como individuos, que ofrecen y/o solicitan órganos de donantes vivos.⁵⁰ Este tipo de petición o publicidad genera gran preocupación y controversia sobre el potencial de explotación económica, la distribución desigual de órganos y la subversión de las normas y principios en que se basa la filosofía del Tx.⁵¹ Frente a quienes se oponen a la solicitud pública de órganos por su dudosa moralidad, los que la defienden argumentan que la solicitud pública de órganos consigue órganos totalmente inaccesibles de otra forma y personaliza –esto es– pone cara humana a, la petición redundando todo ello en un mayor número de órganos trasplantables.⁵² Cabe de todos modos preguntarse si la consecución de un pequeño número de órganos merece la pena el sacrificio del principio de igualdad. Al mismo tiempo, hay quien sugiere que tampoco está muy claro por qué tener mucha familia o muchos amigos generosos sea una justificación mejor para conseguir un órgano que disponer de mucho dinero para pedirlo o comprarlo, como veremos después. Parece claro, por otro lado, que este nuevo tipo de solicitud puede claramente llevar al sistema hacia un mercado o un concurso de popularidad. El debate está abierto. Lo cierto es que dichas páginas web funcionan y en el momento actual no están sujetas a normas legales ni estándares internacionales consensuados. Considero que un consenso moral y profesional global es absolutamente necesario si se pretende que las instituciones y las personas que mantienen dichas páginas en funcionamiento actúen con un mínimo de responsabilidad y que su actuación no provoque mayores males que los que, teóricamente al menos, pretende aliviar. Porque no debiéramos olvidar que el

objetivo global del sistema es el de maximizar la tasa de supervivencia global de todas las personas necesitadas, no de las más ricas, las más guapas, las más rápidas o las mejor publicitadas. La consecución de un órgano para Tx no debe parecerse a las carreras de carretas típicas de las películas de la “conquista del Oeste”.

MERCADO DE ÓRGANOS.

Hay quien dice que, en el fondo, el problema del desfase entre la necesidad de órganos y el número de órganos disponibles no es ni psicológico ni religioso sino económico⁵³ y que la solución al mismo no requiere una revolución moral, sino sólo aceptar que

“Debemos tomar al hombre tal y como es, no como nos gustaría que fuese. El hombre no es ni enteramente egoísta, secular, maximizador del bienestar privado, ni un santo maximizador del bien común. No es indiferente a su obligación moral para con los demás, pero no ama a su vecino como a sí mismo. Si fuera así, los órganos no se perderían. Si fuera santo, todos los órganos se donarían. Si fuera totalmente secular y egoísta, no habría prohibición legal contra la venta de los órganos, e incluso en situaciones de prohibición habría ventas. Es debido a que el hombre es en parte santo y en parte pecador que tenemos la tragedia de miles de personas sufriendo innecesariamente y muriendo cada año mientras los preciosos órganos que podrían devolverles la salud son alimento para los gusanos.”⁵⁴

Lo cierto es que las listas de personas necesitadas de órganos no hacen más que crecer y desde distintos ámbitos se han propuesto distintas alternativas,⁵⁵⁻⁵⁹ entre ellas el mercado de órganos, justificado desde posicionamientos liberales y utilitaristas.⁶⁰⁻⁶² Así, se afirma que

“Cuando necesitamos algo escaso pero no sabemos cómo conseguirlo, recurrimos a una combinación de mercados y regulaciones. Los mercados ponen las mercancías en movimiento; la regulación los guía hacia la justicia y las prioridades sociales.”⁶³

Algunos afirman que debiera ser legal que una persona fuera pagada por uno de sus riñones, lo que no quiere decir que debiera ser legal que un receptor pudiera comprarlo en un mercado abierto, y ven más clara la posibilidad de un mercado ético de órganos, esto es, un mercado organizado internacionalmente en el que el vendedor de órganos los vende al estado o a una organización internacional que paga un precio justo por los mismos evitando así el mercado negro y la explotación⁶⁴⁻⁶⁹. De hecho, controlar y regular los cuerpos humanos parece ser un rol central y quizás hasta definitorio del estado moderno. Afirman estos autores que este tipo de mercado regulado internacionalmente es un medio ético para aumentar el número de órganos disponibles para Tx y que, además, aumenta las opciones de los pobres para salir de la miseria.⁶⁶⁻⁷⁰ Alguno de ellos⁶⁵ llega a afirmar que “una mala legislación puede matar a los pacientes” olvidando que quien les mata es su enfermedad y no la legislación ni siquiera quien no quiere donar sus órganos. Recientemente Friedman⁷¹ ha escrito que para proteger a los potenciales “donantes” (vendedores más bien, diría yo) la regulación y el pago debieran estar regidos por un organismo multidisciplinar balanceado y objetivo. La “donación” debería, según él, limitarse a los ciudadanos de un mismo país como medio para limitar la explotación de personas de países de bajo nivel económico, aunque en los casos de familiares la limitación geográfica pueda ser sobreseída. Ese organismo debería también determinar los criterios estándar para donantes y receptores así como unos honorarios uniformes por los órganos.

Pero hay también quien pregunta cómo puede un gobierno poner precio a una parte del cuerpo de un ser humano sano sin comprometer al mismo tiempo principios democráticos y éticos esenciales, como el igual valor de todas las vidas.⁷² Quienes se oponen al mercado defienden que atenta contra la dignidad humana, que es una nueva forma de explotación más extrema que la propia situación de indigencia y pobreza, que tendría un efecto negativo sobre la donación porque disminuiría el número de donantes y que supondría, además, una subversión de los estándares de donación recogidos en la legislación⁷³⁻⁷⁸. Scheper-Hughes⁷² denuncia que la ética médica orientada al mercado crea la apariencia de una decisión ética en un contexto intrínsecamente falto de ética y que los argumentos bioéticos sobre el derecho de vender un órgano u otra parte del cuerpo se basan en deseadas nociones de contrato y decisión individual. Pero el consentimiento es problemático cuando un vendedor desesperado no tiene más opción que la de vender. A pesar de ello, la toma indi-

vidual de decisiones y la autonomía del paciente parecen haberse convertido en los árbitros últimos de los valores médicos y bioéticos, habiendo dejado bastante al margen los valores y las nociones de justicia social y de una buena sociedad.⁷⁹

No todos opinan que el mercado atenta contra la dignidad. Así, algunos reconocen que

*“La humanidad –lo que nos da dignidad y valor intrínseco– es nuestra capacidad para tomar decisiones racionales, y una persona puede seguir tomando decisiones racionales con un solo riñón... Vender un riñón no destruye ni compromete gravemente lo que Kant dice que es intrínsecamente valioso y digno”.*⁶⁹

Hay, está claro, personas que aceptan esta afirmación. Espero que, aún así, estas personas consideren auténticamente indigno al menos que hoy, en el mundo, haya más de 1.000 millones de personas que viven con menos de un dólar al día. Puede, aunque yo opino lo contrario, que no haya nada indigno en la venta de un riñón, pero espero que todos consideremos auténticamente indigna la situación mantenida de pobreza de tantas personas de la cual, aunque se cumplieran los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio, que ya se ha afirmado no se van a ver cumplidos, en 2015 saldrían 200 millones, quedando en esta situación de indigencia 800 millones de personas. Y parece claro que siempre serían éstas las más proclives a “donar”, a vender... ¿O serían quizás las únicas?

Mientras que algunos autores afirman que “Los ricos son libres para participar en oficios peligrosos a cambio de elevados salarios y en deportes peligrosos por placer. ¿Por qué deberíamos negar a los pobres el riesgo menor de vender un riñón que puede sacarlos de la pobreza y las deudas e incluso salvar otra vida?”⁸⁰ otros creen que el mercado conduce inevitablemente al Tx de los órganos de los pobres en beneficio de los ricos⁸¹ y otros^{77,82} han demostrado que la venta de órganos no sirve como vía de escape de la pobreza en India y que, al fin y al cabo, lo que el mercado de órganos estimula no es más que el propio mercado de órganos. Esto es, que un sistema de venta no es neutral sino que se auto-refuerza.⁸³

En esta dirección se expresaba Titmus⁸⁴ en 1970 anticipándose a este debate cuando decía que:

“La mercantilización de la sangre y de las relaciones de donación reprime la expresión del altruismo, erosiona el sentido de comunidad, disminuye los estándares científicos, limita las libertades personal y profesional, sanciona la consecución de beneficios en los hospitales y laboratorios, legaliza la hostilidad entre médico y paciente, somete áreas críticas de la medicina a las leyes del mercado, supone costes sociales inmensos a los menos capacitados para soportarlos – los pobres, los enfermos y los ineptos – aumenta el peligro de conductas faltas de ética en varios sectores de la ciencia y práctica médicas, y provoca situaciones en las que proporcionalmente cada vez más sangre es suministrada por los pobres, los faltos de capacidad y los desempleados, los negros y otros grupos de ingresos bajos.”

La gran preocupación es que si vemos y aceptamos a las personas de los países más pobres como recursos, difícilmente seremos capaces de –o estaremos motivados para– ofrecerles otros tipos de ayuda.⁸⁵ Y lo cierto es que estamos moralmente obligados a ayudar a proteger a los necesitados o al menos a no utilizar su vulnerabilidad en beneficio nuestro.^{86,87} Y, desde luego, la división del mundo en compradores de órganos por un lado y vendedores de órganos por otro puede ser una tragedia médica, social y moral de proporciones inmensas, aún no del todo reconocidas.

Algunos han cambiado de opinión y aceptan ahora, ante el supuesto fracaso del sistema basado en el altruismo, el mercado ético, si bien lo hacen con cierto sentimiento de resignación ante el desastre. Así, Burrows⁸⁸ dice que *“No vivimos en torres de marfil. En la vida, tenemos que tomar decisiones difíciles cuando todas nuestras opciones tienen imperfecciones graves”*. Veatch⁸⁹, por su parte, confiesa ahora que *“Es pues con vergüenza y cierta amargura que propongo que ya ha llegado el tiempo de levantar la prohibición de la venta de órganos”*. Otros dicen que quizás la venta de partes del cuerpo es un mal social necesario y que quizás nuestras preocupaciones debieran centrarse no en imperativos filosóficos como el altruismo sino en nuestra responsabilidad colectiva hacia la maximización de la recuperación de órganos salvadores de vidas.⁹⁰

Frente a ellos, Cohen⁹¹ afirma que:

“Los seres humanos tienen un valor o dignidad incondicionada e incomparable por el mero hecho de ser humanos. Tratarlos o tratar las partes de sus cuerpos como si tuvieran precio entraría en conflicto con su humanidad y dignidad y los trasladaría al nivel de las cosas que tienen precio. Esto es una ofensa contra su dignidad que no puede ser compensada por un aumento en el precio. La dignidad humana no tiene precio... Una persona es una unidad psicosocial... Consecuentemente, cualquier cosa que se haga al cuerpo se le hace a la persona.”

Personalmente, sigo creyendo junto con Kant⁹² que:

“El principio de todos los deberes es que el uso de la libertad debe ser consonante con los fines esenciales de la humanidad. Así, por ejemplo, un ser humano no está capacitado para vender sus miembros por dinero, incluso si le ofrecieran miles de monedas por un simple dedo. Si estuviera capacitado para ello, podría vender todos sus miembros. Podemos disponer de las cosas que no tienen libertad pero no de un ser que tiene libre voluntad. Un hombre que se vende a sí mismo hace de él una cosa y, en la medida en que ha echado por la borda su persona, está abierto a que cualquiera haga de él lo que le apetezca”.

La socióloga Renée Fox⁹³ afirma que:

“No es accidental ni gratuito que desde el principio, el trasplante de órganos humanos ha estado basado en la creencia de que el ser humano y la extraordinaria generosidad inherente en la donación de órganos son en conjunto demasiado preciosos como para ser mercantilizados... Dado que el trasplante está institucionalizado alrededor del concepto de que la donación es un regalo de vida, incluso aunque el proceso implica invadir y utilizar el cuerpo de forma que viola importantes tabúes, la donación ha alcanzado un estatus moral elevado y un significado trascendente. Su propia legitimidad y aquello que representa derivan de su asociación con los valores del altruismo, la solidaridad y la comunidad. Éstos no son sólo la quintaesencia de la vocación de la medicina, sino también de lo que

quiere decir pertenecer a la sociedad humana y contribuir a ella en una forma que se supera a sí misma.”

HUMANIDAD Y SOSTENIBILIDAD.

La “Declaración de Responsabilidad Profesional: El Compromiso de la Medicina Social con la Humanidad” firmada por la Asociación Médica Americana (AMA) en Diciembre de 2001 y apoyada por una gran cantidad de asociaciones médicas⁹⁴ afirma que *“nunca en la historia de la civilización humana ha estado tan fuertemente unido el bienestar de cada individuo con los demás”*, motivo por el que es necesaria una acción concertada y una respuesta por todos. Esta Declaración pretende ser la reafirmación del compromiso de los profesionales de la medicina para combatir los asaltos naturales y los realizados por la mano del hombre contra la salud y el bienestar de la humanidad. Así, los firmantes, convencidos de que *“La humanidad es nuestro paciente”* se comprometen entre otras tareas a: 1. Respetar la vida humana y la dignidad de cada individuo; 2. Luchar con el compromiso y el apoyo frente a los crímenes contra la humanidad y condenar todo este tipo de actos; 3. Educar al público y los políticos sobre el presente y futuro de males para la salud de la humanidad; y 4. Apoyar cambios sociales, económicos, de educación y políticos que atenúen el sufrimiento y contribuyan al bienestar de la humanidad.

Si ya en 1987 la Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo hablaba ya de desarrollo sostenible⁹⁵ y lo definía como *“el desarrollo que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades”*, Callahan habla de “medicina sostenible”⁹⁶ y la conceptualiza como

“una medicina que – tanto en la investigación como en la asistencia sanitaria – se oriente hacia una meseta estable de un nivel que conjugue la posibilidad económica con la disponibilidad equitativa, pero un nivel que sea también psicológicamente sostenible para satisfacer la mayoría de las necesidades y expectativas sanitarias razonables (aunque no todas, lo que sería imposible)”.

Y afirma que esta medicina ha de tener tres características:

“ha de proporcionar a los miembros de una sociedad un nivel de asistencia médica y de salud pública que sea suficiente para que tengan una buena posibilidad de recorrer el ciclo vital y de funcionar con un nivel digno de competencia física y mental; ha de ser una medicina que pueda ser distribuida de forma equitativa sin un excesivo esfuerzo, disponible para la sociedad; y ha de abarcar, con apoyo público, objetivos sanitarios finitos y estables, así como aspiraciones limitadas al progreso y a la innovación técnica”.

Persigue pues, no un simple cambio en la forma de organizar y distribuir los recursos sanitarios entre los enfermos sino un cambio en los ideales y las esperanzas de la medicina que sólo será posible a través de un diálogo abierto solidario y responsable entre la medicina y la sociedad global.

Una cosa está clara: La ley es un instrumento insuficiente para evitar el mercado ilegal e inmoral. Los principios éticos no solucionan los problemas, lo hacen las personas. Son las personas quienes, en un intento de conseguir más órganos, piensan en la posibilidad de obtenerlos de personas injusticiadas, en la donación de vivo de personas menores, de incapaces mediante el consentimiento de terceros e incluso de presos. Y son también las personas quienes, presas de la desesperación, llegan a vender sus órganos y a utilizar medios ilegales e injustos para conseguirlos.

Y los profesionales del trasplante estamos más obligados que nadie en esta cuestión. Porque es precisamente en situaciones de vulnerabilidad cuando más en juego se pone la dignidad del ser humano, cuando más indignidades padecen las personas, y nosotros, en cuanto profesionales estamos especialmente llamados a intentar aligerar la vulnerabilidad sin disminuir la dignidad de las personas, de todas y cada una, por considerarlas iguales en nuestra inmensa diversidad. Evitando que sean siempre las mismas quienes se benefician siempre del sacrificio que siempre hacen otras, siempre las mismas también. Es decir, defendiendo lo que podríamos llamar “humanidad sostenible” y que no es más que la respuesta a – y la responsabilidad frente a – la humanidad del otro que es la que al fin y al cabo me constituye a mí en mi propia humanidad. Si esto no lo hacemos especialmente los profesionales de la salud, ¿quién lo

hará? ¿Quién nos guardará de los guardianes? ¿Se sostendrá la humanidad? Éstas son, nuevamente, las preguntas médula del quehacer bioético que dejo abiertas a la espera de respuestas morales consensuadas entre todos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Sanner MA. Exchanging parts or becoming a new person? People's attitudes toward receiving and donating organs. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1491-1499
- 2 Clark M. Medical anthropology and the redefining of human nature. *Human Organization* 1993; 52: 233-242
- 3 Fox RC, Swazey JP. *Spare Parts: Organ Replacement in American Society*. Oxford: Oxford University Press, 1992
- 4 Gutkind L. *Many sleepless nights*. NY, NY: W.W. Norton, 1988
- 5 Kass L. Thinking about the body. *Hastings Cent Rep* 1985; 15: 20-30
- 6 Ohnuki-Tierney E. Brain death and organ transplantation. *Current Anthropol* 1994; 35: 233-254
- 7 Simmons RG, Klein SD, Simmons RL. *Gift of life: The social and psychological impact of organ transplantation*. NY, NY: John Wiley and sons, 1977
- 8 Dwyer J, Vig E. Rethinking transplantation between siblings. *Hastings Cent Rep* 1995; 25: 7-12
- 9 Canto-Sperber M. *L'inquiétude morale et la vie humaine*. Paris: Presses Universitaires de France, 2001
- 10 Lee K. "Globalisation - a new agenda for health?". En: McKee M., Garner P. and Stott R. (eds.). *International Cooperation and Global Health*. London: Oxford University Press, 2001
- 11 Berlinguer G. Globalization and global health. *Int J Health Serv* 1999; 29: 579-595
- 12 Kahn J, Matas AJ. What's special about the ethics of living donors? Reply to Ross et al. *Transplantation* 2002; 74: 421-422
- 13 Steinberg D. An "Opting In" paradigm for kidney transplantation. *Am J Bioethics* 2004; 4: 4-14
- 14 Najarian JS, Chavers BM, McHugh LE, Matas AJ. 20 years or more of follow-up of living kidney donors. *Lancet* 1992; 340: 807-810
- 15 Living Donation: An overview. 2004. UNOS.
- 16 Liu EH, Marvin MR, Hardy MA. Living kidney donation. *Transplant Proc* 2001; 33: 817-818
- 17 Delmonico FL, Surman OS. Is this live-organ donor your patient? *Transplantation* 2003; 76: 1257-1260
- 18 Johnson EM, Anderson JK, Jacobs C, et al. Long-term follow-up of living kidney donors: Quality of life after donation. *Transplantation* 1999; 67: 717-721
- 19 Levinsky NG. Organ donation by unrelated donors. *NEJM* 2000; 343: 430-432
- 20 Matas AJ, Garvey CA, Jacobs CL, et al. Nondirected donation of kidneys from living donors. *NEJM* 2000; 343: 433-436
- 21 Weizer N, Weizman A, Shapira Z, et al. Suicide by related kidney donors following the recipients' death. *Psychother Psychosom* 1989; 51: 216
- 22 Martínez Urionabarrenetxea K. Cuestiones éticas. En: Martínez Urionabarrenetxea K., ed. *Trasplante hepático de donante vivo. I Congreso sobre Bioética y Trasplante*. Bilbao: Universidad del País Vasco, 2004. Disponible en <http://www.donacionytrasplante.org>
- 23 Isoniemi H. Living kidney donation: a surgeon's opinion. *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12: 1828-1829
- 24 Gordon EJ. They don't have to suffer for me: Why dialysis patients refuse offers of living donor kidneys. *Med Anthropol Quarterly* 2001; 15: 245-268
- 25 Lennerling A, Forsberg A, Nyberg G. Becoming a living kidney donor. *Transplantation* 2003; 76: 1243-1247
- 26 Oberman K. Some politico-economic aspects of organ shortage in transplantation medicine. *Soc Sci Med* 1997; 46: 299-311
- 27 Biller-Andorno N, Agich GJ, Doepkens K, Schauenburg H. Who shall be allowed to give? Living organ donors and the concept of autonomy. *Theor Med* 2001; 22: 351-368
- 28 Fellner CH, Marshall JR. Kidney donors – The myth of informed consent. *Am J Psychiatry* 1970; 126: 1245-1251
- 29 Karrfelt HM, Berg UB, Lindblad FI. To be or not to be a living donor. *Transplantation* 1998; 65: 915-918
- 30 Goodwin M. Altruism's limits: law, capacity, and organ commodification. *Rutgers Law Review* 2004; 56: 305-407
- 31 Joralemon D. Shifting ethics: Debating the incentive question in organ transplantation. *J Med Ethics* 2001; 27: 30-36
- 32 Sells RA. Transplant ethics: Altruism and materialism in organ donation. *Clinical Transplants* 2003; 293-305
- 33 Arnold R, Bartlett S, Bernat J, et al. Financial incentives for cadaver organ donation: an ethical reappraisal. *Transplantation* 2002; 73: 1361-1367
- 34 Truog RD. The ethics of organ donation by living donors. *NEJM* 2005; 353: 444-446

- 35 Abecassis M, Adams M, Adams P, et al. Consensus statement on the live organ donor. *JAMA* 2000; 284: 2919-2926
- 36 Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.
- 37 Ross LF, Glannon W, Josephson MA, et al. Should all living donors be treated equally?. *Transplantation* 2002; 74: 418-421
- 38 Ross LF. Solid organ donation between strangers. *J Law Med Ethics* 2002; 30: 440-445
- 39 Ross LF. The ethical limits in expanding living donor transplantation. *Kennedy Inst Ethics J* 2006; 16: 151-172
- 40 Spital A. Should people who donate a kidney to a stranger be permitted to choose their recipients? Views of the United States public. *Transplantation* 2003; 76: 1252-1256
- 41 Veatch RM. Bonus allocation points for those willing to donate organs. *Am J Bioethics* 2004; 4: 1-3
- 42 Murphy TF. Would my story get me a liver?. *Hastings Cent Rep* 2006; 36: 2
- 43 Spital A. Ethical and policy issues in altruistic living and cadveric organ donations. *Transplantation* 1997; 11: 77-87
- 44 Sadler HH, Davison L, Carroll C, et al. The living, genetically unrelated kidney donor. *Semin Psychiatry* 1971; 3: 86
- 45 Kluge E-HW. Designated organ donation: private choice in social context. *Hastings Cent Rep* 1989; 19: 10-16
- 46 Steinberg D. The allocation of organs donated by altruistic strangers. *Ann Intern Med* 2006; 145: 197-203
- 47 Hilhorst MT, Kranenburg LW, Zuidema W, et al. Altruistic living kidney donation challenges psychosocial research and policy: a response to previous articles. *Transplantation* 2005; 79: 1470-1474
- 48 Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina. Accesible en: <http://www.asociacionbioetica.com/BIOETICA/Publicaciones/Publicaciones.php>
- 49 Feito Grande L. Problemas éticos. En: Martínez Urionabarrenetxea K., ed. *Trasplante hepático de donante vivo. I Congreso sobre Bioética y Trasplante*. Bilbao: Universidad del País Vasco, 2004. Disponible en <http://www.donacionytrasplante.org>
- 50 Ver: www.toddneedsaliver.com; www.MatchingDonors.com; www.lawebdecrisian.com
- 51 Appel JM, Fox MD. Organ solicitation on the Internet: Every man for himself? *Hastings Cent Rep* 2005; 35: 14-15
- 52 Steinbrook R. Public solicitation of organ donors. *NEJM* 2005; 353: 441-444
- 53 Jellinek AS. Consideration for a donation – economic aspects. *Med Law* 2004; 23: 453-470
- 54 Cohen LR. Increasing the supply of transplant organs: The virtues of a futures market. *George Washington Law Review* 1989; 58: 1-51

- 55 Schlitt HJ. Paid non-related living organ donation: Horn of plenty or Pandora's box?. *Lancet* 2002; 359: 906-907
- 56 Monaco AP. Rewards for organ donation: the time has come. *Kidney Int* 2006; 69: 955-957
- 57 Erin CA, Harris J. An ethical market in human organs. *J Med Ethics* 2003; 29: 137-138
- 58 Brams M. Transplantable human organs: Should their sale be authorized by state statutes?. *Am J Law Med* 1978; 3: 183-195
- 59 Nelson MT. The morality of a free market for transplantable organs. *Public Affairs Quarterly* 1991; 5: 63-79
- 60 Blumstein JF. The case for commerce in organ transplantation. *Transplant Proc* 1992; 24: 2190-2197
- 61 Dworkin G. Markets and morals: The case for organ sales. *Mt Sinai J Med* 1993; 60: 66-69
- 62 Kishore RR. Human organs, scarcities, and sale: morality revisited. *J Med Ethics* 2005; 31: 362-365
- 63 Eisendrath CR. Used body parts: Buy, sell or swap?. *Transplant Proc* 1992; 24: 2212-2214
- 64 Radcliffe-Richards J, Daar AS, Guttman RD, Hoffenberg R, Kennedy I, Lock M, et al. The case for allowing kidney sales. *International Forum for Transplant Ethics. Lancet* 1998; 351: 1950-1952
- 65 Friedlander MM. The right to sell or buy a kidney: are we failing our patients?. *Lancet* 2002; 359: 971-973
- 66 Cameron JS, Hoffenberg R. The ethics of organ transplantation reconsidered: paid organ donation and the use of executed prisoners as donors. *Kidney Int* 1999; 55: 724-732
- 67 Velázquez JL. La justificación moral del daño. En: Martínez Urionabarrenetxea K., ed. *Trasplante hepático de donante vivo. I Congreso sobre Bioética y Trasplante*. Bilbao: Universidad del País Vasco, 2004
- 68 Velázquez JL. Mercado ético de órganos. *JANO* 2004; LXVI (1521): 94-95
- 69 Gill MB, Sade RM. Paying for kidneys: The case against prohibition. *KIEJ J* 2002; 12: 17-45
- 70 Radcliffe-Richards J, Daar AS, Guttman RD, et al. The case for allowing kidney sales. *Lancet* 1998; 351: 1950-1952
- 71 Friedman AL. Payment for living organ donation should be legalised. *BMJ* 2006; 33: 746-748
- 72 Scheper-Hughes N. The last commodity: Post-human ethics and the global traffic in "fresh" organs. *Global Assemblages* 2004; 145-167

- 73 Delmonico FL, Arnold R, Scheper-Hughes N, et al. Ethical incentives – not payment – for organ donation. *NEJM* 2002; 346: 2002-2005
- 74 Abouna GM. Negative impact of trading in human organs on the development of transplantation in the Middle East. *Transplant Proc* 1993; 25: 2310-2313
- 75 Abouna GM. Moral, ethical and medical values sacrificed by commercialization in human organs. En: Abouna G, Kumar AG (eds.): *Organ Transplantation*. Norwell: Kluwer, 1991
- 76 Harrison T. Globalization and the trade in human body parts. *CRSA/RCSA* 1999; 36: 21-35
- 77 Cohen L. Where it hurts: Indian material for an ethics of organ transplantation. *Daedalus* 1999; 128: 135-165.
- 78 Martínez Urionabarrenetxea K. ¿Es ético el mercado de órganos? *JANO* 2004; LXVI (1522): 96-98
- 79 Scheper-Hughes N. Keeping an eye on the global traffic in human organs. *Lancet* 2003; 361: 1645-1648
- 80 Radcliffe-Richards J, Daar AS, Guttman RD, et al. The case for allowing kidney sales. *Lancet* 1998; 351: 1950-1952
- 81 Morris PJ, Monaco AP. Organ donation: altruism or self interest? *Forum in Transplantation* 2004; 77: 149-150
- 82 Goyal M, Mehta RL, Schneiderman LJ, et al. Economic and social consequences of selling a kidney in India. *JAMA* 2002; 288: 1589-1593
- 83 Rothman DJ. Ethical and social consequences of selling a kidney in India. *JAMA* 2002; 288: 1640-1641
- 84 Titmuss R. *The gift relationship: From human blood to social policy*. New York: Pantheon, 1970
- 85 Zutlevics TL. Markets and the needy: Organ sales or aid?. *J Applied Philosophy* 2001; 18: 297-302
- 86 Brock G. *Necessary goods: Our responsibilities to meet others' needs*. Lanham: Rowmann and Littlefield, 1998
- 87 Goodin R. *Protecting the vulnerable*. Chicago: The University of Chicago Press, 1985
- 88 Burrows L. Selling organs for transplantation. *Mt Sinai J Med* 2004; 71: 251-254
- 89 Veatch RM. Why liberals should accept financial incentives for organ procurement. *KIEJ* 2003; 13: 19-36
- 90 Thomas GP. Life or death: the issue of payment in cadaver organ donation. *JAMA* 1991; 265: 1302-1305
- 91 Cohen CB. Public policy and the sale of human organs. *KIEJ* 2002; 12: 47-64

- 92 Kant E. *Lectures on ethics*. Indianapolis: Hackett, 1963
- 93 Fox R. UNOS Update 1992; 8: 13
- 94 AMA. Declaration of Professional Responsibility: Medicine's Social Contract with Humanity. *Mo Med* 2002; 99: 195
- 95 Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo. *Nuestro futuro común*. Madrid: Alianza Editorial, 1987
- 96 Callahan D. *False hopes. Why America's quest for perfect health is a recipe for failure*. New York: Simon and Schuster, 1998

MESA DE CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Los trasplantes con donantes de vivo (TxDV) son procesos clínicos (no sólo procedimientos técnicos), ética y legalmente aceptados en nuestro país que pueden ser una posibilidad abierta para algunos pacientes que se encuentran en lista de espera para trasplante de cadáver.
2. La fundamentación legal de los TxDV está perfectamente reglamentada en nuestras leyes, que establecen los cauces suficientes para la regulación de estos procesos y establecen las garantías necesarias para que el consentimiento informado de donante y receptor se realice de forma expresa, libre, consciente y desinteresada.
3.
 - a) Las instituciones y los equipos quirúrgicos autorizados para intervenir en casos de TxDV han de cumplir rigurosamente los elementos formales, personales y los fines de las disposiciones legales.
 - b) La toma de decisión en la institución sanitaria corresponde a:
 - La Dirección Médica o persona nombrada al efecto.
 - El responsable del equipo de Trasplantes.

Se precisa necesariamente antes de la firma del consentimiento informado del donante ante el juez del registro civil la actuación de:

 - Un médico distinto e independiente del equipo trasplantador.
 - Un “informe preceptivo” del CAE acreditado del propio hospital trasplantador.
 - c) El informe del Comité de Ética Asistencial es preceptivo pero no vinculante.
El Comité tiene como objetivo fundamental, en este tipo de informes, ser garante del donante y procurar asegurar, en la medida de lo posible, que su decisión sea genuinamente autónoma, es decir: voluntaria, libre y adecuadamente informada y comprendida.

4. Las cuestiones éticas que plantean los TxDV surgen precisamente de las relaciones que se establecen entre las personas involucradas.

La fundamentación ética entre los distintos procesos de TxDV es similar, pero existen importantes diferencias entre la toma de decisiones, y sus consecuencias, según sea el órgano que se trasplanta, la edad del paciente y la relación o procedencia del donante.

5. La donación de vivo para los trasplantes de riñón se ha mostrado la opción con mejores resultados globales en cualquier edad, lo que plantea obligaciones de información clínica a los pacientes.

La información debe ser ofrecida por el personal sanitario de manera clara y comprensible para que sea adecuadamente entendida por el receptor y su entorno.

Al receptor (o a su representante legal) le corresponde la toma de decisiones, la ponderación y eventual aceptación del posible donante.

Los equipos médicos y quirúrgicos y el coordinador de trasplantes del hospital deben prestar todo su apoyo a dicho proceso de toma de decisiones por parte del receptor y a cuantas informaciones les sean requeridas por parte de los posibles donantes.

- 6.

- a) En los trasplantes hepáticos de donante vivo (TxHDV) los resultados obtenidos hasta la fecha en receptores adultos no han mostrado ser superiores a los logrados con órganos de cadáver, por lo que la información a los pacientes por parte de los equipos médicos y quirúrgicos de la opción de donante vivo debe ser individualizada y ajustada a las circunstancias y las consecuencias previsibles en cada caso concreto.

- b) Los TxHDV deben figurar en la cartera de servicios como una opción terapéutica individualizada.

La información sobre los tiempos en lista de espera y sus posibles consecuencias clínicas deberá, así mismo, ajustarse a las circunstancias y casos concretos.

7. En la actualidad existen en nuestro país magníficos ejemplos de protocolos para procesos de trasplante renal de donante vivo (TxRDV), en los que la consideración de argumentos éticos matizan las indicaciones y orientan

muy bien la información y el manejo clínico de estos tratamientos. Todos los centros autorizados para esta práctica deben dotarse de dichos protocolos.

8. Los protocolos diseñados para dar soporte a los TxRDV deben asegurar una interrelación equilibrada entre Autonomía, Confianza, Confidencialidad, Grado de Comprensión, Vulnerabilidad y Dignidad de la Persona.

9. El apoyo institucional es imprescindible para el desarrollo e implantación de los protocolos consensuados en centros acreditados para la realización de TxRDV.

En la implantación de dichos protocolos deben implicarse:

- La Dirección Médica.
- La Coordinación de Tx.
- La Unidad de Calidad.
- El Comité de Ética Asistencial.

10. Los protocolos de TxRDV deben ser difundidos de manera eficiente a profesionales, colectivos de pacientes y población general.

Todos estos procesos y protocolos deben estar abiertos a una continua discusión crítica, revisión y actualización permanentes en las que deberían participar, además de los equipos clínicos, todos los organismos y órganos intermedios intrainstitucionales implicados. (conclusión 8ª).

CUESTIONES PENDIENTES

Algunas de las cuestiones pendientes formuladas en el 1er. Congreso de Bioética y Trasplante pueden ser adecuadamente respondidas en los procesos de TxDV, aunque siguen abiertas a futuras discusiones en los trasplantes hepáticos con donante cadáver.

CONFERENCIA DE CLAUSURA

DIGNIDAD Y VULNERABILIDAD

Profesor Diego Gracia

Permítanme que comience mi exposición contándoles la historia de Gary Becker. Es profesor de Sociología y Economía en la Escuela de Negocios de la Universidad de Chicago, discípulo de Milton Friedman y Premio Nobel en Economía del año 1993. Ha escrito libros con títulos ciertamente llamativos. Entre ellos, uno titulado: *Crime and Punishment: An economic approach*. Su tesis es que la conducta de los seres humanos está directamente condicionada por el cálculo de costes y beneficios de sus acciones. Así, las acciones criminales no están producidas por la marginación social o la enfermedad mental, sino por el cálculo de sus rendimientos en términos de costes y beneficios. Él mismo cuenta cómo llegó a esta conclusión: un día fue a examinar a un estudiante a la Universidad de Columbia, en Nueva York. No encontró sitio para dejar su coche. Como buen economista, ante esa situación se paró a pensar. “Calculé las posibilidades de que me pusieran una multa, su cuantía y el coste de poner el coche en un garaje. Decidí que valía la pena correr el riesgo y aparcar en la calle. Y no me multaron”.

Gary Becker ha intentado entender, desde esa perspectiva, muchas conductas sociales, como la discriminación racial, la delincuencia, la educación, la natalidad, las drogodependencias o el divorcio. Hace meses que aterrizó en el mundo de los trasplantes. Su tesis es que los órganos para trasplante deberían funcionar conforme a las leyes del mercado, lo que haría ese mercado más eficiente y, en consecuencia, más humano, ya que salvaría más vidas. Tiene claro que por ahora no se hará, pero ello se debe, dice, a la falta de voluntad política. Dicho en términos económicos, la ineficiencia se debe a una externalidad que altera la dinámica del mercado.

Becker tiene claro que ello supone aceptar la comercialización del cuerpo humano. Pero, argumenta, esto se acepta sin excesivos problemas en otras actividades. Los ejércitos se nutren de voluntarios que escogen esa actividad, poniendo en riesgo su vida, por dinero. Cuando eso se hace voluntariamente, la sociedad lo acepta. ¿Por qué no en el caso del trasplante de órganos? Por otra parte, arguye, el hecho de que la venta de órganos vaya a realizarse casi exclu-

sivamente por parte de los estratos sociales con menores ingresos económicos (como sucede en otras muchas ocupaciones de riesgo), no significa que el trasplante vaya a hacerse sólo a personas con grandes ingresos económicos, que en teoría son los que podrían comprarlos. La asistencia sanitaria está en manos del Estado y de las grandes mutuas, que los distribuirán de acuerdo con criterios médicos, y no por el nivel de ingresos de los receptores. Por tanto, el pago no se haría generalmente por parte de particulares sino de las entidades públicas o privadas que gestionan la asistencia sanitaria. Ellas son las que tendrían que pagar por los órganos, cosa que ahora no hacen. Pagan, por ejemplo, por los fármacos, pero no por los órganos. Esto puede verse como una forma de injusticia. A los gestores de la asistencia sanitaria les sale mucho más barato, como es obvio, el sistema de donación que el de compraventa. Pero bien mirado, parece menos justo. Un comercio controlado de órganos podría no sólo salvar más vidas humanas, sino a la vez promover la justicia en este campo de la actividad sanitaria, equiparándole con otros, como el de los medicamentos.

Estos son los argumentos principales esgrimidos por Gary Becker. El lector puede encontrar mayores detalles en la página web de nuestro personaje, <http://home.uchicago.edu/~gbecker/>, así como en el blog adjunto <http://www.becker-posner-blog.com/>. En este blog, Becker puso el 1 de enero de 2006 un texto titulado “Should the Purchase and Sale of Organs for Transplant Surgery be Permitted?”, que dio lugar a un amplio debate, aquel a que me he venido refiriendo.

Me ha parecido interesante comenzar mis reflexiones con los argumentos de Gary Becker, porque, como puede advertirse leyendo los comentarios a que dio lugar, ponen sobre el tapete un tema de enorme relevancia. Hay, ciertamente, argumentos en contra de la comercialización de órganos. Pero también los hay a favor. Hemos visto estos últimos. Conviene que ahora analicemos los primeros.

El tema de la no comercialización del cuerpo humano viene de lejos. La consideración del cuerpo como cosa sagrada, incluso del cuerpo muerto, del cadáver, es bien sabido que impidió la autopsia hasta finales de la Edad Media. Y también es sabido que entonces comenzó a hacerse por razones de causa mayor. Dos fueron las fundamentales. Primera, descubrir si la muerte había sido natural o provocada, y en este último caso identificar y castigar a los cul-

pables. Es el origen de la llamada autopsia judicial. La segunda causa fue la necesidad de comprobar la exactitud o no de los diagnósticos médicos realizados en vida de los pacientes. Es la llamada autopsia anatomopatológica. Por más que estemos muy acostumbrados a ambas, conviene no olvidar que siempre se han considerado excepciones al principio general de respeto al cuerpo humano, incluso después de la muerte.

Un razonamiento similar se ha usado en otras situaciones. Por ejemplo, al cadáver se le ha enterrado siempre en lugares especiales, con frecuencia sagrados. Así, en español al cementario se le ha llamado “camposanto”. Solía estar junto a las iglesias o capillas, razón por la cual en alemán se les llama *Kirchhof* en danés *Kierkegaard*. Esto permite entender otra cosa, y es por qué hasta el concilio Vaticano II no se aprobó la incineración de cadáveres, práctica, como es sabido, muy antigua, que utilizaban, por ejemplo, los griegos, a diferencia de otros pueblos, como el judío.

No hay duda que el cuerpo humano tiene dignidad y merece respeto. No es una cosa sino una persona, razón por la cual no puede ser comprado ni vendido como las cosas. El derecho romano lo llama *res extra commercium*, que es tanto como decir que a él no pueden aplicársele las leyes del mercado. Ésta es, sin duda, la regla, la norma, el principio general. Pero también es claro que ese principio general es compatible con múltiples excepciones, y que caso de no hacerse éstas, el remedio puede ser peor que la enfermedad. Uno puede preguntarse, por ejemplo, por qué la esclavitud y el servilismo han durado tantísimos siglos en la historia de la humanidad. Y la razón es obvia: porque negando el carácter de persona a ciertos seres humanos, se podía comerciar con ellos, se les podía comprar y vender. Es bien sabido que las leyes de indias protegieron a los indios de América de la esclavitud. Pero dieron lugar a otro comercio, el de africanos, no protegidos por esas leyes. No parece que el prohibir la compraventa del cuerpo de los seres humanos haya tenido buenas consecuencias en la historia.

Por otra parte, la aceptación de ese principio, que el cuerpo humano no debe ser comprado ni vendido, no impide el que se regulen algunas excepciones, sino que más bien lo exige. ¿Qué excepciones? Hay muchas. Cabría preguntarse si todas aquellas personas que venden su trabajo no están de algún modo vendiendo su cuerpo, sobre todo cuando ese trabajo produce grave daño en su

cuerpo, acorta su vida, etc. Pienso, por ejemplo, en los mineros, o en tantas otras actividades laborales. Pero tampoco hace falta acudir a esos ejemplos. Está todo el tema del comercio sexual, no sólo el ilegal sino también el legal. O el tema de los ensayos clínicos. Hay actividades en las que hemos aceptado, de buena o de mala gana, el comercio del cuerpo, a condición de someter ese comercio a una estricta regulación. Incluso el matrimonio puede verse en muchos casos como una regulación del comercio del cuerpo. Así lo vio hace ya tiempo, como es bien sabido, Simone de Beauvoir en su famoso libro *El segundo sexo*.

Gary Becker dice que el debate sobre su propuesta le ha convencido que el mercado de órganos no se realizará por falta de “voluntad política”. Es claro que la voluntad política ha ido, en los últimos cincuenta años, en dirección no sólo distinta sino opuesta a la propugnada por Becker. De hecho, en España se comerciaba con la sangre hasta los años sesenta, y a partir de ese momento dejó de hacerse. Lo mismo sucedió en Estados Unidos en 1984 con el comercio de órganos. ¿Es previsible que revierta esta tendencia? De hecho, los órganos se donan, no se venden, pero otros elementos inherentes al trasplante sí funcionan conforme a las leyes del mercado, como es el caso de los inmunosupresores, alguno de los cuales genera hoy costes muy superiores a los del trasplante. Y si la investigación en xenotrasplantes o en la elaboración de tejidos y órganos a través de células troncales o por clonación de células adultas, no hay duda que los órganos pasarán a ser productos sanitarios como todos los demás, sometidos a las mismas leyes de oferta y demanda.

De todo esto se deduce que es inútil cerrar los ojos a la evidencia. No podemos jugar al maniqueísmo de ver el comercio de órganos como el mal radical y su donación como un principio absoluto e innegociable. Nunca las soluciones extremas suelen ser las óptimas. De hecho, si España es un país puntero en el sistema de trasplantes, se debe, no en primer lugar, pero también, a que ha sabido tomar una vía intermedia, asumiendo unos ciertos pagos colaterales de la donación, como son los desplazamientos, incomodidades, horas de trabajo perdidas, etc. Hay unos ciertos incentivos para los donantes o para sus familias, en el caso de que la donación sea de cadáver, y los hay también para los equipos trasplantadores. El problema no es que haya incentivos; es que éstos se hallen debidamente regulados. Y que no sean tan grandes que de algún modo condicionen la voluntad de los donantes, ni tan pequeños que puedan

considerarse explotación. Aquí cabe aplicar el mismo criterio que se usa para calcular las cantidades a pagar a los voluntarios sanos que se someten a ensayos clínicos en fase 1. Se les debe pagar no tanto que condicione su voluntad, ni tan poco que se caiga en abuso o explotación. La retribución debe ser intermedia; es decir, prudente.

Dicho esto, podemos retornar ahora al principio, y plantearnos el problema en los términos enunciados por el título de esta ponencia: “Dignidad y vulnerabilidad”. ¿Es esto digno? ¿No estaremos abusando de sujetos vulnerables? Veamos.

En primer lugar, la dignidad. Es un tema sobre el que se ha escrito y discutido mucho en los últimos años, desde que Ruth Macklin publicó en el *British Medical Journal* un editorial titulado: “Dignity is a useless concept. It means no more than respect for persons or their autonomy”.¹ Muchos a partir de ese momento se rasgaron las vestiduras, y se las siguen rasgando. La verdad es que sin ninguna razón. Dignidad es un término con una historia aleccionadora. En la literatura latina clásica, *dignitas* carece de sentido moral. Significa el estatus social. Todavía hoy se llama a las personas dotadas de autoridad o poder social “dignidades”. Y en las categorías de ángeles de la tradición cristiana, hay unos a los que se llama “dignidades”. La dignidad la da, en muy buena medida, la cuna, la familia a la que se pertenece o el apellido que se tiene. Algo “indigno” es lo impropio de la dignidad de quien lo hace. Ni que decir tiene que en la literatura clásica lo que es indigno en un señor no lo es en un plebeyo. Indigno es lo impropio de un nivel social o estado. Nada más.

Dignus es término latino que procede del verbo impersonal *decet*, que significa ser conveniente, conviene. *Dignum* funciona como sinónimo de *decet* y significa conveniente a un estado o nivel social. De ahí que *dignitas* signifique en latín el mérito, la dignidad, el alto rango, especialmente de los cargos honoríficos del Estado. Cuando se considera característica de todos los seres humanos, es porque se les está comparando con los animales y con los dioses. La dignidad de los seres humanos, es decir, su rango social, es superior al de los animales e inferior al de los dioses. Dignidad sigue significando en esos casos rango, más que una propiedad ontológica inherente a la naturaleza humana. Así hay que leer ciertos textos de Cicerón en que se ha visto con fre-

¹ Macklin R. Dignity is a useless concept: It means no more than respect for persons or their autonomy. *BMJ* 2003 (20 Dec);327:1419-20.

cuencia el origen de la idea moderna de dignidad.² Quien no intente asemejarse a los dioses mediante sus obras, caerá al nivel de los animales y perderá toda su dignidad. Como se ve, aquí no está la idea de dignidad como condición inherente a la naturaleza humana.

Éste es el sentido que conserva a todo lo largo de la Edad Media. Se ha dicho mil veces que la dignidad va unida en la tradición cristiana al hecho de haber sido creado el hombre a semejanza divina. Pero de nuevo es preciso llamar la atención sobre el sentido de esos términos. No se trata de la dignidad como condición inherente a todo ser humano, sino del rango que adquiere el hombre por su semejanza con Dios. Esto explica que la dignidad humana no se reconozca más que en las personas dotadas de gracia, y que de los pecadores se diga que sus vicios les colocan en el nivel de las bestias. Agustín de Hipona dice expresamente que Adán perdió su dignidad por el pecado.³ Dignidad es, de nuevo, rango social, bien que ahora interpretado en sentido teológico. El rango se gana o se pierde según que se acepten o no los criterios propios de una sociedad concreta; en el caso de la Edad Media europea, los de la teología cristiana. Las personas inmorales son consideradas, simple y llanamente, indignas. Por lo demás, el término *dignitas* sigue conservando el sentido clásico de poder sociopolítico, razón por la cual se reserva para designar la condición de quienes ostentan el poder político y, sobre todo, el eclesiástico.

En el Renacimiento, Giovanni Pico della Mirandola escribió un citadísimo texto titulado *Oratio de hominis dignitate*, discurso sobre la dignidad del hombre. Es frecuente decir que aquí se encuentra ya el sentido moderno del término. Pero eso lo único que demuestra es que ése libro se cita más que se lee. No hay tal. El discurso sobre la *dignitas* ocupa sólo la primera mitad del texto, ya que la segunda es una mera defensa personal del autor, ante los ataques que le llovieron tras la redacción de sus *Conclusiones DCCCC publice disputandae*. Y si se analiza qué es lo que Pico entiende por *dignitas* en esa primera parte, se verá que no es otra cosa que el puesto, la jerarquía que ocupa el hombre en el orden del universo. En él se encuentra situado entre las criaturas superiores y las inferiores, de tal modo que en él confluye y converge el universo entero. Pico está defendiendo, con esto, la tesis de que el hombre es un “microcosmos”, que sintetiza y concentra la totalidad del cosmos. De ahí que es-

² Cicerón, *De officiis* I, 105ss. *De legibus* I, 59.

³ Agustín de Hipona, *Quaest. evangel.* 2,33.

criba: “Estableció el óptimo artífice que aquel a quien no podía dotar de nada propio le fuese común todo cuanto le había sido dado separadamente a los otros.”⁴ Esa es la razón de que el hombre esté puesto “en el centro del universo”. Lo propio y característico del hombre, continúa Pico, es el “arbitrio”. Éste le permite “obtener lo que desee, ser lo que quiera”. “Al hombre, desde su nacimiento, el Padre le confirió gérmenes de toda especie y gérmenes de toda vida y, según como cada hombre los haya cultivado, madurarán en él y le darán sus frutos.”⁵ Esto significa que el hombre puede, mediante su arbitrio, degradarse o elevarse, subir en su *dignitas* o bajar en ella. La *dignitas* del hombre no es fija, sino que depende del modo como utilice su libertad. De ahí que el hombre sea, dice Pico, un “camaleón”, que cambia subiendo o bajando en la escala de dignidades. “Por ello, si ven ustedes a alguno entregado al vientre arrastrarse por el suelo como una serpiente no es hombre ese que ven, sino planta. Si hay alguien esclavo de los sentidos, cegado como por Calipso por vanos espejismos de la fantasía y cebado por sensuales halagos, no es un hombre lo que ven, sino una bestia. Si hay un filósofo que con recta razón descierne todas las cosas, venérenlo: es animal celeste, no terreno. Si hay un puro contemplador ignorante del cuerpo, adentrado por completo en las honduras de la mente, éste no es un animal terreno ni tampoco celeste: es un espíritu más augusto, revestido de carne humana.”⁶ El ser humano puede subir y bajar en su *dignitas*, es decir, en su puesto en la escala de los seres. De ahí que Pico, repitiendo un dicho caldeo, afirme: “el hombre es animal de naturaleza varia, multiforme y cambiante.” Lo que es tanto como decir: la *dignitas* del ser humano es varia, multiforme y cambiante. Ni que decir tiene que para Pico hombre auténtico no es más que quien opta por los niveles más elevados de *dignitas*, y que cuando el ser humano se rebaja al nivel de las plantas o los animales, lo que hay en él es *indignitas*, algo impropio de su *dignitas* de hombre. El ser humano debe emular la *dignitas* de “los serafines, los querubines y los tronos”⁷. Ése es el “deber” del hombre, “volverse compañero de los ángeles.”⁸ Los niveles de la *dignitas* se corresponden con los peldaños de la “escala de Jacob”, por la que debe el hombre moverse “con orden, de escalón en es-

⁴ Giovanni Pico della Mirandola, *Discurso sobre la dignidad del hombre*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004, pp. 13-14.

⁵ Giovanni Pico della Mirandola, *Discurso sobre la dignidad del hombre*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004, p. 15.

⁶ Giovanni Pico della Mirandola, *Discurso sobre la dignidad del hombre*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004, pp. 16-17.

⁷ Giovanni Pico della Mirandola, *Discurso sobre la dignidad del hombre*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004, p. 18.

⁸ Giovanni Pico della Mirandola, *Discurso sobre la dignidad del hombre*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004, p. 22.

calón, sin salir nunca de la rampa de la escala, sin estorbar su tránsito. Cuando hayamos conseguido esto con el arte discursivo y racionante, y ya animados con el espíritu querubínico, filosofando según los escalones de la escala, esto es, de la naturaleza, y escrutando todo desde el centro y enderezando todo al centro, ora descenderemos, desmembrando con fuerza titánica lo uno en lo múltiple, como Osiris, ora nos elevaremos reuniendo con fuerza apolínea lo múltiple en lo uno, como los miembros de Osiris, hasta que, posando por fin en el seno del Padre que está en la cúspide de la escala, nos consumaremos en la felicidad teológica.”⁹

Era necesario este análisis del libro de Pico para darse cuenta que en él no se halla el concepto moderno de dignidad. La tesis de Pico es que el ser humano tiene una *dignitas* o lugar en el universo, intermedio entre los seres inferiores o materiales y los superiores o espirituales. Ése es su lugar. Puede utilizar su libertad en ascender en esa escala, y alcanzar una verdadera *dignitas* (recordemos que el término *dignitas* se aplica en latín sobre todo a los estratos o niveles superiores), o bien en lo contrario, lo que genera en él *indignitas*. El ser humano será digno o indigno según utilice su libertad. La dignidad no es una propiedad inherente a su naturaleza, haga lo que haga y piense como piense. Pico cree que la dignidad hay que ganársela, y que así como hay hombres dignos, los hay indignos. No todo ser humano es intrínsecamente digno.

Esto último, la idea de que la dignidad es condición intrínseca del ser humano, no se alcanza más que a finales del siglo XVIII. La primera pregunta a contestar sería por qué lo hace en esa fecha. Y la respuesta no puede ser más que una: como consecuencia de la Ilustración. Es significativo que ésta coincida con la abolición de las leyes serviles en Europa, como consecuencia de las revoluciones liberales. Suele olvidarse que *servus* es el término latino para esclavo, y que esta es su primera acepción. El adjetivo latino opuesto a *servus* es *liber*, de igual modo que en griego *doûlos* se opone a *eleútheros*. A las lenguas romances solemos traducir *servus* por siervo, y de ese modo lo distinguimos del esclavo, pero conviene recordar que en su origen son idénticos, significan lo mismo, los seres sin libertad. No puede extrañar, por ello, que fueran las revoluciones llamadas liberales las que acabaran con las leyes serviles o con el servilismo, es decir, con el esclavismo. Si en el mundo latino el *liber* era el *dignus* y al *servus* le correspondía la condición de *indignus*, ahora

⁹ Giovanni Pico della Mirandola, *Discurso sobre la dignidad del hombre*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004, p. 23.

empieza a decirse que la *dignitas* propia del hombre libre es condición inherente de todo ser humano. La dignidad es intrínseca al ser humano, lo mismo que su libertad. Por tanto, no puede haber esclavos, ni siervos. Todos los seres humanos gozan de esa condición que se llama *dignitas*.

Es a partir de aquí como cobra sentido la obra de Kant. Es bien sabido que él es quien dotó de contenido moral y ontológico al término dignidad. Pero esa operación no puede desligarse de esto que venimos diciendo. Es digno, dice Kant, todo ser autónomo, porque autonomía significa precisamente eso, capacidad autolegisladora, regirse por las propias leyes, aquellas que uno se da a sí mismo. Es lo que nunca pudieron hacer los esclavos ni los siervos, sometidos siempre a las leyes dadas por los demás. Los esclavos no tenían dignidad sino precio. Por eso no eran fines en sí mismos sino meros medios. Leamos ahora a Kant:

*La humanidad entera es una dignidad; porque el hombre no puede ser utilizado únicamente como medio por ningún hombre (ni por otros, ni siquiera por sí mismo), sino siempre a la vez como fin, y en esto consiste precisamente su dignidad (la personalidad), en virtud de la cual se eleva sobre todos los demás seres del mundo que no son hombres y sí que pueden utilizarse, por consiguiente, se eleva sobre todas las cosas.*¹⁰

Aquí el término dignidad sigue conservando su sentido originario de rango o elevación dentro de la escala de los seres del mundo, pero convertido ya en principio metafísico: todo ser humano está dotado de una dignidad intrínseca, que se identifica con su racionalidad y, por tanto, con su libertad y moralidad. Los seres humanos son, por ello, fines en sí mismos y no medios, de modo que no pueden ser comprados ni vendidos, como si fueran cosas. No son cosas; son personas.

*En el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad (Würde). Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad.*¹¹

Pero adviértase lo que esto significa. A la vez que Kant consigue hacer de la dignidad una propiedad intrínseca a todo ser racional, resulta que la convierte en

¹⁰ Kant, *Metafísica de las costumbres*, II, § 38, Madrid, Tecnos, 1989, p. 335.

¹¹ Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, 434, 32-34.

una propiedad formal o canónica, carente de contenido material o deontológico. La dignidad no manda nada, carece de contenido. Y cuando lo adquiere, es a condición de dotarle de un nuevo sentido. Así, por ejemplo, podemos discutir si el comercio de órganos, o comerciar con el cuerpo, son dignos o indignos. Pero en este caso estamos dando al término dignidad un sentido distinto al kantiano, no canónico o formal, sino deontológico o material. Y así como el primero de los sentidos es difícilmente discutible, este segundo puede discutirse y mucho. En el editorial citado, Ruth Macklin no discute el sentido canónico de dignidad, pero sí que de él puedan formularse mandatos o normas de contenido deontológico. En este sentido dice que el término es inútil. Y si se le dota de sentido deontológico, entonces sucede que la unanimidad que es fácil lograr en el primer caso, se rompe estrepitosamente. Unos considerarán que el asunto de que se trate es digno, y otros que es indigno. Un ejemplo paradigmático de esto lo tenemos en el tema del suicidio asistido y la eutanasia. Quienes se oponen a tales prácticas suelen argumentar que son contrarias a la dignidad inherente a los seres humanos. Pero no deja de ser curioso que la ley del estado de Oregón que aprueba el suicidio asistido se titule, precisamente, *Death with Dignity Act*. ¿En qué quedamos? Parece difícil que esta confrontación pueda resolverse desde dentro el propio concepto de dignidad. Con lo cual parece claro que será necesario acudir a otros criterios distintos de éste.

¿Cuáles? ¿Qué otros conceptos podemos llamar en nuestro auxilio? ¿Quizá el de vulnerabilidad? Quizá. Pero también aquí hay que andar con precaución. *Vulnus* significa en latín herida. Vulnerable es el que puede ser herido o dañado, y vulnerabilidad, la condición de ser lesionable o dañable. Vulnerabilidad es un sustantivo abstracto, y en tanto que tal designa una cualidad de todo ser vivo, y más en concreto del ser humano. Éste es no sólo limitado, finito y mortal, sino además vulnerable, lo cual significa que se halla siempre expuesto a un sinnúmero de contingencias negativas. La vulnerabilidad es una condición ontológica de la realidad humana. Es una experiencia de todo ser humano, que las culturas han expresado en formas muy diversas. En la cultura judeocristiana, esta condición se expresó en el mito de la expulsión del paraíso y la condena a padecer todos los problemas derivados de la contingencia. Es el origen de la doctrina del “pecado original”. Paul Ricoeur publicó en 1963 un libro titulado *Finitude et culpabilité*, en el cual analizaba muchos de estos mitos y resumía su contenido en lo que llamó *l’homme faillible*, que al castellano se tradujo como “el hombre lábil”.

Eso es la vulnerabilidad. Porque somos vulnerables, necesitamos continuamente de la ayuda y el auxilio de los demás. Carecemos de autosuficiencia. Sin la ayuda mutua, nuestro mundo no sería posible, resultaría inhumano y se autodestruiría. Como es bien sabido, ése fue el criterio utilizado Kant para definir los deberes perfectos. De ahí que haya deberes perfectos para con las otras personas. Pero no todos los deberes con las demás personas son perfectos. Sólo tienen esa condición aquellos sin los cuales la humanidad no podría existir, se autodestruiría. Naturalmente, la donación y el trasplante de órganos no están entre ellos. De ahí que se trate sólo de deberes de los llamados imperfectos, aquellos sin cuyo cumplimiento un mundo bien ordenado es imaginable, puede pensarse, pero no puede quererse. Todos deseáramos un mundo más generoso, en el que las personas fueran sumamente diligentes y solícitas en atender a las necesidades de los demás. Se trata de un mundo deseable, pero no exigible. Ésa es la diferencia que Kant establece entre los deberes imperfectos y los perfectos.

Volvamos desde aquí al tema de los trasplantes de órganos. La donación de órganos de cadáver hay bastantes razones para considerarla en puro kantismo un deber perfecto o de justicia, dado que se trata de algo que tuvo dignidad en su momento pero que ya no la tiene, y que sin embargo puede salvar la vida de otras personas. Por más vueltas que le demos al asunto, siempre resultará que esos órganos ya no están dotados de dignidad; son cosas, y en tanto que tales deben hallarse al servicio de los seres humanos. Si bien en la antigüedad se consideró el cadáver una *res sacra*, parece necesario concluir que en la ética kantiana, que aquí traigo a colación como modelo paradigmático de ética moderna, el cadáver es una cosa que se halla al servicio del ser humano vivo, el único dotado de dignidad. En ese sentido, parece claro que utilizar los órganos de cadáver para salvar vidas humanas es un claro deber perfecto.

Pero en el caso de la donación de vivo la cosa cambia. Aquí parece evidente que no se trata de un deber perfecto sino imperfecto, de beneficencia. Dicho de otro modo, es algo que puede y debe promoverse, pero no exigirse. La donación ha de ser, por ello, voluntaria y libre. Realmente, ése es el sentido del término “donación”. Lo que carece hasta cierto punto de sentido es hablar de donación de cadáver.

Conviene precisar algo más el sentido y alcance de los llamados deberes imperfectos. Se les llama también deberes de promoción o de virtud, a diferencia de los perfectos, que son deberes de prohibición. La transgresión de los deberes perfectos debe castigarse públicamente, ya que supone siempre un atentado contra el conjunto de la sociedad. Ésa es la razón de que tales deberes tiendan a convertirse en normas legales, y que su incumplimiento puedan ser objeto de sanción por parte del Estado. Por el contrario, en el área de los deberes imperfectos es el propio individuo el único que puede exigirse a sí mismo su cumplimiento. Él es quien establece el cuánto, el cuándo, el cómo, el dónde y el a quién. Y cualquier intromisión por parte de los demás, exigiendo o coaccionando, incluido el Estado, se considera improcedente e inmoral.

A los deberes imperfectos se les llama también deberes de promoción o de virtud, porque su cumplimiento no es exigible, pero sí exhortable, promovible o promocionable, y las personas serán tanto más diligentes en su cumplimiento cuanto más virtuosas.

Era preciso llegar hasta aquí para volver al punto de partida. Los deberes imperfectos se llaman también deberes de beneficencia. Así como los de no-maleficencia y justicia son deberes perfectos, los de beneficencia tienen la condición de deberes imperfectos. Aquí cada uno define sus deberes, de acuerdo con sus creencias, valores y condiciones particulares. Con todos estos elementos, cada cual ha de establecer su propia idea de bien, su propio beneficio. Las relaciones mercantiles son siempre de este tipo. Cada uno define libre y privadamente lo que es bueno o beneficioso para él, y de acuerdo con eso vende o compra bienes. Las transacciones comerciales son relaciones de beneficencia. Y eso es lo que permite justificar éticamente el llamado beneficio económico. La búsqueda del propio beneficio, incluso económico, no puede en principio considerarse negativa. Es más, constituye un deber moral. Éste es el principio y fundamento de toda una disciplina, hoy floreciente como pocas, conocida con el nombre de *Business ethics* o ética de los negocios.

A partir de estas consideraciones, cabe replantearse de nuevo el tema de la compra y venta de órganos. Y la primera conclusión a la que se llega es que no hay razones apodícticas para verla como intrínsecamente perversa o contraria a la dignidad de las personas. Ya hemos dicho que cuando se trata de ór-

ganos de personas vivas se trata de deberes imperfectos, que han de gestionar los propios individuos de acuerdo con sus ideas de bien. Es verdad que se trata de productos muy especiales, ya que son partes del cuerpo humano y se hallan directamente relacionadas con la salud y la vida de las personas. Eso es lo que hace que ese comercio se vea, no como perverso, pero sí como poco o nada deseable. De hecho, todo lo relacionado con la medicina se ha considerado siempre actividad que debía realizarse sin ánimo de lucro, y por tanto sin tener en cuenta las leyes del mercado. La medicina no es un comercio, se ha dicho siempre, y por eso no puede estar regida por las leyes del mercado. Esto ha sido siempre así, y es bueno que haya sido así. Lo que no está tan claro es que vaya a seguir siempre así, y sobre todo que tenga que ser siempre así. De hecho, cada vez es mayor la presencia de empresas con ánimo de lucro en el mundo de la asistencia sanitaria. El ejemplo típico son los laboratorios de productos farmacéuticos. Pero no es el único. Las aseguradoras sanitarias son cada vez más, y a diferencia de lo que fueron en el pasado, empresas con ánimo de lucro.

Y es que el lucro en este ámbito no es intrínsecamente perverso, por más que no sea deseable. De lo que se deduce la moraleja de todo mi razonamiento. La donación de vivo no hay duda que ha de verse como un deber imperfecto o de beneficencia, y en tanto que tal, no de prohibición sino de promoción o de virtud. Estos deberes admiten manejos y tratamientos muy distintos, que van desde los mejores a los peores, de los óptimos a los pésimos, de los desables a los que no lo son en absoluto. Y en este sentido es obvio que lo ideal es la no comercialización del cuerpo humano, el considerar la donación como eso, como una ofrenda o regalo gratuito, realizado por mero altruismo, por amor a la persona a la que se le dona. No sé si este sistema va a durar mucho, pero sí sé que debemos hacer todo lo que esté en nuestras manos para que continúe y se perfeccione. La extracción de órganos de vivo para trasplante debería ser siempre, como su nombre indica, una donación, una oferta gratuita, es decir, un acto de amor.