

La Organización Nacional de Trasplantes y el trasplante renal en España

R. Matesanz

Coordinador Nacional de Trasplantes.

Como tantas cosas en este país, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) vio la luz en el papel del «Boletín Oficial del Estado»¹ un buen día de verano de hace ya casi diez años, para después, quizás condicionada por su origen estival, pasar a dormir una larga siesta de la que apenas si comienza a despertar ahora. La resolución de la entonces Secretaría de Estado para la Sanidad del 27-6-1980 estableció una serie de líneas genéricas de organización orientadas «primordialmente a los trasplantes de riñón», en mi opinión bastante racionales para el momento en que fueron promulgadas y que probablemente habrían condicionado de haber sido desarrolladas una situación de los trasplantes en España, no sé si mejor o peor, pero sin duda bastante distinta a la actual.

Muchas cosas han cambiado desde entonces. En medio del secular divorcio entre la España oficial y la real, del que la ONT no ha sido sino un ejemplo más, se ha pasado en Sanidad de una administración única centralizada a unas transferencias autonómicas plenas a amplias zonas del Estado, de unas competencias absolutas en cuanto a planificación y acreditación de centros para trasplante a una libre iniciativa en la práctica de cada comunidad autónoma y casi de cada hospital para hacer y deshacer en este campo, con unas limitaciones reales que en teoría reconocen como única frontera el límite presupuestario, y en la práctica ni eso. Al tiempo, en lo que al riñón se refiere, se ha pasado de una actividad poco menos que testimonial a superar los treinta trasplantes por millón de población, de la era de la histocompatibilidad como dogma de fe a la de la ciclosporina, pasando por la «incuestionable» eficacia de las transfusiones, y lo que probablemente sea el hecho más importante, del riñón como único órgano sólido transplantable y, por tanto, susceptible de ser solicitado de forma específica por el nefrólogo, a la extracción multiorgánica, un proceso de una enorme complejidad, en el que pueden llegar a intervenir más de cien personas desde la detección del cadáver al implante de los diversos órganos y tejidos, pasando por los

transportes terrestres y aéreos necesarios, y que justifica ampliamente la figura del coordinador de trasplantes fuere quien fuere.

De nada vale pensar dónde podríamos estar ahora de haber existido una verdadera política de planificación en el tema de los trasplantes, entre otras cosas porque la situación adonde hemos llegado, aunque mejorable como casi todo en esta vida, en modo alguno puede considerarse deficiente. De hecho, el incremento numérico experimentado en nuestro país durante la última década ha sido uno de los más espectaculares habidos de entre todos los países de la EDTA, y así fue reconocido en el Congreso de Berlín de 1987, tras alcanzarse la cifra récord de 1.182 trasplantes, unos 30 p.m.p., que se comparan favorablemente con las cifras de otros países de nuestro entorno de mayor potencial económico².

Lamentablemente, la situación se ha deteriorado en los últimos años, de manera que el número de trasplantes renales, estabilizándose desde entonces, descendió hasta cifras cercanas a los mil anuales.

No voy a analizar aquí las causas de ese descenso, pero lo cierto es que para hacer 1.000 trasplantes anuales se precisa una infraestructura que no se improvisa de la noche a la mañana, y que evidentemente existe, y lo que es más importante, una gran cantidad de profesionales perfectamente cualificados, y que no es preciso improvisar, sino simplemente cuidar e ilusionar. Estas son dos circunstancias que hay que tener muy presentes, porque a menudo se adoptan actitudes catastrofistas no justificadas por la realidad.

No conviene olvidar que la situación actual de España en cuanto a trasplantes por millón de población se encuentra justo en la media de la Europa occidental³, a no demasiada distancia de países con una tradición y unas inversiones sanitarias desde antiguo muy superiores a las nuestras. También es importante, y a menudo se ignora, que existiendo una correlación significativa entre este número de trasplantes por millón de población y la renta per cápita^{3, 4}, nuestro país realiza más trasplantes de los que cabría esperar del mero examen de la línea de regresión entre estas dos magnitudes, o bien el hecho conocido desde antiguo⁵ de que España viene destinando más dinero al tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica, en relación con su capacidad econó-

Correspondencia: Dr. Rafael Matesanz.
Organización Nacional de Trasplantes.
Sinesio Delgado, 8.
28029 Madrid.



Hoy Cilag
abre un nuevo futuro en el
planteamiento terapéutico
de la anemia
por déficit de eritropoyetina natural.

En 1986, Cilag-Internacional desarrolló OKT-3,
el primer anticuerpo monoclonal para uso terapéutico en el
bloqueo del rechazo del trasplante de órganos.

Hoy, Cilag ha desarrollado la primera eritropoyetina humana
recombinante, única alternativa actual para pacientes con anemias
producidas por déficit de eritropoyetina natural.

Cilag

Biotecnología.

Torre Picasso
Plaza Pablo Ruiz Picasso, s/n
28020 MADRID

mica, que la mayoría de los países de su entorno.

Otra cosa bien distinta es que este gigantesco esfuerzo de toda la sanidad estatal haya sido planificado por mentes previsoras o, por el contrario, tenga bastante de «silvestre» (lo cual no tiene por qué ser malo de entrada). Los datos disponibles sobre trasplantes renales por comunidades autónomas, tanto en cifras absolutas como por millón de población, no dicen gran cosa, dado el flujo de enfermos de unas a otras, pero en principio del análisis de los mismos no se desprende que en la situación actual del Estado español haya una base científica para afirmar que existe una falta de equidad en cuanto a la accesibilidad al trasplante renal⁴. Efectivamente, estos flujos interregionales, tanto de enfermos como de órganos, no tienen en absoluto por qué ser negativos, y de hecho cabe considerarlos como francamente positivos en algunos casos al permitir un mejor aprovechamiento de los recursos existentes, aunque para cualquier observador imparcial debería resultar obvia la necesidad de unas normas de juego más ajustadas a la realidad del Estado de las autonomías o a la situación de las comunicaciones del país que a los contactos personales.

Otra cosa muy distinta es que la situación actual sea compatible con un aceptable grado de eficiencia. En síntesis, el concepto de eficiencia requiere poner en relación los resultados obtenidos con los recursos utilizados y en este sentido es preciso hacer algunas consideraciones sobre el manejo interno de estos recursos.

Del análisis de los datos aportados por el Consejo de Europa³ se desprenden una serie de datos no demasiado conocidos, pero sin duda significativos. En España, con alrededor de treinta y nueve millones de habitantes, existen 39 centros autorizados para realizar trasplantes renales. Francia tiene 41 centros para 55 millones, Alemania 26 para 61 y el Reino Unido más Irlanda 33 para 60. Sin embargo, en 1988, estos 39 centros hicieron un total de 1.018 trasplantes; lo que significa una media de 26,1 trasplantes por centro. La media europea para el mismo año fue de 46,7 trasplantes/centro, cifra desde luego bastante más aconsejable que la nuestra, tanto desde el punto de vista de aprovechamiento de recursos como de calidad de los resultados (se puede dudar de la histocompatibilidad, de las transfusiones, de la inmunosupresión o del líquido de perfusión, pero de lo que nadie parece dudar es del llamado «efecto centro», por el que a mayor experiencia, mejores resultados).

Queda claro, por tanto, que desde el punto de vista de la planificación sanitaria, el uso eficiente de nuestros recursos pasa por aumentar el número de trasplantes por centro. Independientemente de otras consideraciones, no cabe duda que la mejor solución para incrementar este cociente es aumentar el numerador (esto es, el número de trasplantes), pero que en

absoluto se debe descartar la disminución del denominador (esto es, del número de centros trasplantadores).

Y si esto es lo que ocurre en cuanto a la distribución numérica de los trasplantes por centros y autonomías, ¿qué es lo que pasa con la coordinación y el intercambio de órganos?

La verdad es que lo ocurrido hasta ahora en cuanto a intercambio de órganos ha dependido de tres factores que no tienen demasiado que ver con una planificación sanitaria estatal. Yo pondría, sin atreverme a fijar un orden de importancia entre los factores que han condicionado este intercambio, las relaciones personales, las comunicaciones y las transferencias sanitarias a las autonomías.

Ejemplos característicos de organizaciones de trasplante creadas y mantenidas por instancias autonómicas son las de Cataluña y Andalucía. En el norte existen igualmente dos ejemplos de organización autonómica, Galicia y Euskadi; dos zonas sin estructura prefijada, basadas en las iniciativas de diversos hospitales, Asturias, y Cantabria con unas cuantas provincias castellanas, y una organización a mi juicio modélica: Ebrotrasplante, que agrupa tres comunidades autónomas bien comunicadas entre sí (Navarra, Aragón y La Rioja), eventualmente gobernadas por distintos partidos políticos, pero que han llegado a una serie de acuerdos perfectamente razonables y efectivos en cuanto a la obtención y trasplante de órganos. Estas cinco entidades, como vemos con un distinto grado de definición, están relacionadas entre sí a efectos de intercambio de órganos para niños e hiperinmunizados.

Siguiendo con el mapa de España, la Comunidad Valenciana, tras producirse las transferencias sanitarias, se encuentra en una fase avanzada de estructuración respecto a la política de trasplante. En cuanto a las islas, la comunidad balear tras un período de detención ha reiniciado felizmente la actividad trasplantadora, estando hasta ahora sus enfermos renales en las listas de espera de Cataluña. La comunidad canaria, por contra, tiene un sistema de obtención y trasplante de órganos bien estructurado y activo desde hace tiempo.

Queda finalmente toda una amplia zona que comprende las comunidades de Madrid, Castilla-La Mancha, Murcia y parte de Castilla-León y Extremadura, con nada menos que 11 centros autorizados para trasplantar, en donde han convivido una clásica organización de intercambio de riñones de actividad cada vez más limitada en cuanto al número de hospitales adscritos, el Madrid-Trasplante junto con otra serie de hospitales cuya característica común más notable ha sido hasta ahora el funcionamiento independiente sin virtualmente ningún tipo de acuerdo efectivo, aunque con una actividad trasplantadora, tanto absoluta como relativa, francamente importante.

Así las cosas, ¿en qué debe incidir la ONT sobre la situación del trasplante renal en España al comenzar la década de los noventa? Básicamente cualquier organización de trasplantes debería perseguir dos fines primordiales: trasplantar más y con mejores resultados. Las administraciones sanitarias, por otra parte, deben velar porque exista una razonable igualdad de oportunidades de todos los pacientes en diálisis, condicionada tan sólo por razones clínicas, pero no por su lugar de residencia, situación social o cualquier otro factor más o menos espúreo.

Para el primero de estos objetivos, el incremento del número de trasplantes es fundamental un aprovechamiento integral de todos los recursos tendentes a actuar sobre el factor limitante de esta terapéutica: la obtención de órganos. A poco que se analice el problema surgen multitud de aspectos que sobrepasan claramente el ámbito hospitalario y hacen preciso un enfoque administrativo superior y específico: la coordinación autonómica. El análisis de la situación en todos los hospitales públicos o privados de un determinado territorio susceptible de proporcionar donantes, la puesta en marcha de equipos extractores y de diagnóstico de muerte cerebral susceptibles de desplazarse donde sea preciso, la unificación de criterios con los jueces, la gestión de los medios de transporte, la adscripción de las listas de espera, la incentivación... el hecho mismo de tener un interlocutor de las distintas administraciones en el tema del trasplante es de por sí suficiente para propugnar la creación de la figura de coordinador autonómico en aquellas comunidades donde todavía no existe.

Con ello, el Estado podría y debería quedar vertebrado, por lo que a trasplantes se refiere, en las zonas que acabamos de describir: Norte, Cataluña, Valencia, Andalucía y Centro, más Baleares y Canarias, que además se corresponden bastante bien con las descritas por la Asociación Española de Nefrología Pediátrica. Cada una de estas zonas puede y debe quedar a corto plazo bien estructurada con sus límites, la mecánica de funcionamiento que más se adapte a sus necesidades y su oficina de coordinación autonómica.

De la reunión de estos coordinadores autonómicos, personas en quien sus respectivas administraciones han delegado la capacidad de abordar los temas relacionados con los trasplantes, con su equivalente de la Administración central, el coordinador nacional, deberán surgir los acuerdos de colaboración, que una vez elaborados técnicamente con el consenso de las sociedades científicas, sean convenientemente vehiculados, a través del Consejo Interterritorial, para que finalmente alcancen una vigencia real en todo el Estado. Ya hay un primer proyecto aprobado por dicho Consejo en fecha reciente: la priorización a efectos de trasplante de los niños hiperinmunizados, un colectivo numéricamente pequeño, pero

cualitativamente muy importante, porque puede llegar a simbolizar el hilo a cuyo través se empiece a desenmarañar la singular madeja que constituye el trasplante renal en España.

En suma, las líneas maestras de la coordinación renal en España, al menos tal y como yo las concibo, pasan por la división del Estado, a efectos de trasplante, en una serie de zonas geográficamente consolidadas y estructuradas en organizaciones específicas, que no tienen obligatoriamente que coincidir con los límites autonómicos si así lo acuerdan libremente los profesionales y administraciones implicadas, siempre sobre la base de un enfoque pragmático del problema, que trate de lograr la mejor utilización posible de los recursos disponibles. Estas organizaciones deberán ser en lo posible autosuficientes, con sistemas internos de intercambio de órganos que obviamente deberán permanecer si son eficaces, aunque no tienen por qué ser comunes para todo el Estado. Deberán contar con un laboratorio de histocompatibilidad de referencia, a cuyo través se pueden vehiculizar los sistemas de cooperación, tanto de carácter interno como de colaboración con las restantes zonas del Estado.

En el ámbito estatal el intercambio de riñones probablemente debería estar limitado a niños, hiperinmunizados y eventualmente a determinados enfermos urgentes de máxima compatibilidad o sometidos a programas especiales (por ejemplo, inmunoadsorción), pero siempre previo acuerdo de todas las partes implicadas, tanto profesionales como administrativas, y sobre la base de un balance equilibrado de órganos, verdadera condición *sine qua non* para que cualquier colaboración sea duradera y no un mero hecho coyuntural.

En el contexto de este entramado, que hoy es tan sólo un proyecto, pero creo que con visos de verosimilitud, la ONT debe actuar como impulsora y catalizadora del mismo, debe servir como foro de discusión de todas las partes implicadas hasta alcanzar estos u otros acuerdos posibles, debe prestar el apoyo técnico necesario para hacerlos viables (y en este sentido la red telemática actualmente en desarrollo puede resultar de gran utilidad) y debe, en fin, velar para que se cumplan y no queden en papel mojado.

Quizás peque de ingenuo, pero sinceramente pienso que es posible que llegue el día en que los nefrólogos e inmunólogos de nuestro país lleguen a la conclusión de que antes de desarrollar acuerdos costosos y dudosamente rentables con Heidelberg, a lo mejor resulta más provechoso hacerlo con el hospital de enfrente, o en el colmo del esnobismo, con otras zonas del Estado. Con eso y con que los esfuerzos se concentren en el talón de Aquiles real de todo este proceso: la obtención de órganos, la ONT habría conseguido un logro por lo demás no excesivamente frecuente: servir para algo útil.

Bibliografía

1. Resolución de 27 de junio de 1980, de la Secretaría de Estado para la Sanidad sobre la Organización Nacional de Trasplantes y los laboratorios de diagnóstico de histocompatibilidad. *Boletín Oficial del Estado*, 2-7-1980.
2. Registration Committee of EDTA-ERA: Combined Report on regular dialysis and transplantation in Europe XVII, 1986.
3. Transplant. Ed. by Council of Europe. Vol. 00, april, 1989.
4. Lázaro y de Mercado P: Eficiencia y equidad en la política de trasplantes. En las VIII Jornadas de Enfermos Renales. Madrid, 23-9-1989 sin publicar).
5. Registration Committee of EDTA-ERA: Demography of dialysis and transplantation in Europe in 1985 and 1986: Trends over the previous decade. *Nephrol Dial Transplant* 6:714-727, 1988.